



UNIVERSIDAD DE LA RIOJA

TRABAJO FIN DE ESTUDIOS

Título

Prevención de la conducta suicida en ámbito educativo de La Rioja

Autor/es

UXUE LOPEZ FERNANDEZ

Director/es

ALICIA PÉREZ DE ALBÉNIZ ITURRIAGA

Facultad

Escuela de Máster y Doctorado de la Universidad de La Rioja

Titulación

Máster Universitario en Intervención e Innovación Educativa

Departamento

CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN

Curso académico

2018-19



Prevención de la conducta suicida en ámbito educativo de La Rioja, de UXUE
LOPEZ FERNANDEZ

(publicada por la Universidad de La Rioja) se difunde bajo una Licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 Unported. Permisos que vayan más allá de lo cubierto por esta licencia pueden solicitarse a los titulares del copyright.

Trabajo de Fin de Máster

Prevención de la conducta suicida en ámbito educativo de La Rioja

Autora

Uxue López Fernández

Tutora: Alicia Pérez de Albéniz Iturriaga

MÁSTER:

Máster en Interv. Innovación Educativa (256M)

Escuela de Máster y Doctorado



**UNIVERSIDAD
DE LA RIOJA**

AÑO ACADÉMICO: 2018/2019

ÍNDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS/ PLAN DE TRABAJO	2
DESARROLLO.....	3
1. Introducción.....	3
2. Conceptualización de la conducta suicida.....	6
3. Planteamientos teóricos sobre la conducta suicida.....	7
4. Prevalencia de la conducta suicida	9
4.1. Prevalencia Mundial	9
4.2. Prevalencia en España.....	12
4.3. Prevalencia en La Rioja.....	14
5. Mitos sobre la conducta suicida	16
6. Factores asociados a la conducta suicida: factores de riesgo y protectores.....	18
6.1. Factores de riesgo	18
6.2. Factores de protección	23
7. Factores precipitantes y señales de alerta	24
8. Prevención e intervención en conducta suicida en el ámbito escolar ..	27
8.1. Herramientas para la evaluación del riesgo suicida.....	28
9. Protocolo de actuación en La Rioja.....	29
9.1. Prevención general/Promoción de la salud	30
9.2. Detección de riesgo de suicidio	31
9.3. Prevención e intervención de la conducta suicida	32
9.4. Actuación tras una tentativa de suicidio.....	34
10. Propuesta de una Guía de prevención de conducta suicida en el ámbito escolar	35
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	56
Anexo 1: Escala Columbia para evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida	
(Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS).....	56

RESUMEN

El suicidio es un problema de salud pública nacional, se considera la segunda causa de muerte en la adolescencia. Actualmente en España los programas de prevención e intervención de suicidio se aplican a nivel autonómico. Una revisión de las actuaciones y recursos actuales en La Rioja puso de manifiesto que no existía una guía de prevención e intervención en el ámbito educativo, tal y como poseen otras comunidades del ámbito estatal. En consecuencia, en este trabajo se pretende elaborar una propuesta de guía dirigida a los profesionales de la educación, basada en una revisión teórica acerca de la conducta suicida y sus manifestaciones en la adolescencia.

SUMMARY

Suicide is a national public health problem, it is considered to be the second cause of death among teenagers. Nowadays suicide prevention and intervention programs in Spain have to be applied by autonomous communities. A review of current interventions and resources in La Rioja showed that there is not any prevention and intervention guide available for the educational field, unlike other communities of the state. Consequently, this essay aims to develop a project guide targeted at education professionals based on a theoretical review about suicidal ideation, suicidal behaviour and its manifestations in adolescence.

INTRODUCCIÓN

El suicidio es una de las principales causas de muerte en los adolescentes en España. Actualmente no existe un plan nacional preventivo en el ámbito educativo, de modo que las medidas de actuación se aplican en función de cada Comunidad Autónoma. Esto ha dado lugar a diferencias entre comunidades. Por ejemplo, Valencia, Navarra o Madrid han elaborado e implantado un plan de prevención e intervención específico. Asimismo Galicia dispone de un programa asistencial, Cataluña forma parte del proyecto europeo de la European Alliance Against Depression (EAAD). En el caso de Asturias, se ha implementado el programa europeo “Monitoring Suicidal Behaviour in Europe (MONSUE)” y el proyecto “Saving and Empowering Young Lives in Europe (SEYLE)”.

Sin embargo, en la Comunidad Autónoma de La Rioja, a pesar de que se han establecido ciertas estrategias de prevención y derivación concretas a través del I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja (2018), los profesionales de la educación no disponen de un protocolo de prevención e intervención específico. Estas actuaciones preventivas se basan en trabajar temas relacionados con la salud emocional de los alumnos (autoestima, habilidades sociales, sexualidad etc.) a través del Plan de Acción Tutorial en Educación Secundaria y en sesiones a criterio del maestro en Educación Infantil y Primaria. En cuanto a las actuaciones de derivación, el proceso se basa en la detección del riesgo y su consecuente derivación y seguimiento. Para la detección del riesgo, los orientadores no disponen de indicadores de riesgo oficiales ni de un protocolo de actuación específico. Por esta razón, la interpretación de estos signos y la coordinación de los servicios clínicos externos se establecen a criterio del orientador y del equipo docente del centro. En consecuencia, se remarca la necesidad de un programa de prevención de la conducta suicida estructurado para centros educativos en La Rioja.

OBJETIVOS/ PLAN DE TRABAJO

El objetivo principal de este trabajo es el diseño de una guía específica de la conducta suicida para el ámbito educativo en La Rioja. Se pretende desarrollar una guía con cuatro objetivos específicos: a) ofrecer a los agentes educativos información rigurosa y contrastada sobre la conducta

suicida, b) facilitar datos sobre la prevalencia de la conducta suicida, c) proporcionar a los orientadores herramientas de detección y valoración inicial del riesgo y c) difundir el protocolo de derivación establecido por el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja.

Para el correcto abordaje de los objetivos propuestos se pretende, en primer lugar, llevar a cabo una revisión teórica exhaustiva de los principales aspectos que encierra el fenómeno suicida: conceptualización, mitos, prevalencia, factores de riesgo, etc. En segundo lugar, se presentan los resultados de un estudio de prevalencia de la conducta suicida en adolescentes riojanos que proporcionará datos objetivos y actualizados de la realidad del fenómeno. En tercer lugar, se realizará una búsqueda de herramientas para la valoración inicial del riesgo para seleccionar un instrumento que ayude a los orientadores en esta tarea y finalmente se seleccionará información relevante planteada en el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja para establecer el posible protocolo de derivación entre el ámbito educativo y los servicios de salud en La Rioja.

DESARROLLO

1. Introducción

El suicidio es un fenómeno global que ocurre en todas las regiones del mundo durante cualquier etapa de la vida a mujeres y hombres independientemente de la clase social de pertenencia. La Organización Mundial de la Salud identificó el acto suicida como un problema mayor de Salud Pública en el año 1970, el cual siempre ha sido relacionado con la humanidad y sus costumbres. Además se considera un comportamiento complejo ya que su explicación se apoya en factores biológicos, psicológicos, sociológicos, filosóficos y morales (Mansilla, 2010).

El origen etimológico de la palabra suicidio proviene del latín; *suicidium* formado por *sui* (de sí, a sí mismo) y *cidium*, del verbo *caedere* (acto de matar, cortar y matar), de modo que obtiene el significado “muerte por sí mismo”, expresando así el acto de quitarse la vida.

A lo largo de la historia la conducta suicida ha estado presente en sociedades de diversas las épocas. Ha recibido modificaciones en sus juicios y

consideraciones. En la antigua Grecia el acto suicida se consideraba delito contra el Estado y suponía el castigo desde mutilaciones del cadáver o entierros aislados hasta deshonrar a la familia de la persona que cometía el suicidio. Filósofos de todos los tiempos han abordado la conducta suicida. Platón (427-347 AC) lo consideraba un delito contra la sociedad con posibles excepciones en función de la ley civil o como respuesta a eventos adversos graves, es decir, lo acepta en caso de amor, enfermedad o como forma de autocastigo. Sin embargo Aristóteles, además de considerarlo un atentado contra el Estado también lo condena como un acto de cobardía (Minois, 1999). En la época de la antigua Roma se estableció la primera interpretación legal de conducta suicida mediante el *Non Compos Mentis* (del latín; sin control de su mente) para abordar los estados suicidas bajo influencia de enfermedades (Neugebauer, 1979). Sin embargo, durante el Renacimiento, se realizó la completa despenalización del acto suicida, puesto que no se encuentran penalizaciones ante el suicidio en los Códigos Napoleónicos (Martínez, 2001; Juanatey-Dorado, 1994; Amador, 2015). Así, el acto suicida ha recibido diferentes consideraciones dependiendo de la época histórica, y sus principios filosóficos, religiosos e intelectuales (Bobes, González y Saiz, 1997).

Actualmente el suicidio en España no está penado, lo que sí está castigado por el Código Penal, mediante la Ley Orgánica 10/1995 en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la inducción al suicidio (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión).

Respecto al término suicidio, en España apareció por primera vez en una crítica a Voltaire, escrita por fray Fernando de Ceballos en el año 1772 en la obra "La falsa filosofía y el ateísmo" (López, Hinojal, Bobes, 1993).

Durkheim ofreció una definición del suicidio introduciendo la intencionalidad y la autoprovocación como características principales del suicidio, diferenciándose así de otros actos que también concluyen con la muerte. La definición ofrecida por este autor es la siguiente: "Toda muerte que resulta, mediata o inmediatamente, de un acto, positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo que debía producir ese resultado. La tentativa es el mismo acto que hemos definido, detenido en su camino, antes de que dé como resultado la muerte" (Mansilla, 2010).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el suicidio como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal, y a través del cual pretende obtener los cambios deseados”. Es decir, el suicidio es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada.

Jiménez y González-Forteza (2003) definen el suicidio como un proceso que se inicia con la ideación suicida y pasa por la tentativa de suicidio, resultando en la muerte autoinflingida. Eguiluz (1995) considera la ideación suicida un factor predictor del suicidio consumado. La ideación suicida se puede producir en diferentes niveles de gravedad en función de la planificación del acto y de la voluntad de llevarlo a cabo. Puede manifestarse de diversas maneras, desde la existencia de pensamientos puntuales acerca de la falta de sentido o valor de la vida y breves pensamientos de muerte, hasta la elaboración de un plan concreto y permanente para matarse y una preocupación obsesiva con la idea de suicidarse (Diekstra y Garnefski, 1995; Goldney, Winefield, Tiggermann, Winefield y Smith, 1989).

De acuerdo con esto, Miranda, Cubillas, Román y Abril (2009) señalaron cinco etapas en el proceso del suicidio, aunque estas etapas no siempre se producen secuencialmente; 1) ideación suicida pasiva, 2) contemplación activa del propio suicidio, 3) planeación y preparación, 4) ejecución del intento suicida y 5) el suicidio consumado. Debido a que estas etapas predicen a menudo el acto suicida, se establece que el suicidio es posible prevenirlo con las estrategias indicadas mediante el conocimiento y la detección de las conductas (Sánchez-Sosa, Villarreal-González, Musitu y Martínez Ferrer, 2010).

El suicidio es un fenómeno frecuente en todas las etapas de la vida pero tiene una especial relevancia en la adolescencia. La adolescencia es una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, lo que a menudo genera crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos (Pérez Barrero, 2005a).

La Organización Mundial de la Salud indica que la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, y está dividida dos fases: la adolescencia temprana de 10 a 14 años, y la adolescencia tardía de 15 a 19 años. Esta etapa se caracteriza por los cambios físicos hormonales y la

modificación del perfil psicológico y de la personalidad, los cuales varían según la cultura y contexto socioeconómico (Pérez Barrero, 2005a).

Aberastury y Knobel (2004) reunieron las siguientes características y comportamientos presentes en la adolescencia; búsqueda de sí mismo y de su identidad, necesidad de independencia, tendencia grupal, evolución del pensamiento concreto al abstracto, desarrollo de la identidad sexual, relaciones conflictivas con los padres que varían entre la dependencia y la necesidad de separación de los mismos, actividad social reivindicativa, desarrollo de pensamientos simbólicos en los que formulan sus propias hipótesis y conclusiones, decisión del futuro como la ocupación o formación a realizar, la necesidad de asumir un nuevo rol social como partícipe de una cultura específica, etc. Estos cambios parecen poner a los chicos y chicas ante un mayor riesgo de conducta suicida y por tanto es necesario desarrollar estrategias de prevención y detección precoz de la conducta suicida (Pérez Barrero, 2005a).

2. Conceptualización de la conducta suicida

Del modo que se ha presentado en el apartado de introducción, la conceptualización de la conducta suicida es compleja y ha recibido diversas modificaciones. O'Carroll, Berman, Maris, Moscicki, Tanney y Silverman (1996) desarrollaron una nomenclatura, adoptada por el National Institute of Mental Health (NIMH) de EEUU, remarca la diferenciación entre los conceptos de ideación suicida, conducta instrumental, intento de suicidio y suicidio consumado. Posteriormente, Silverman, Berman, Sanddal, O'Carroll y Joiner (2007) propusieron una revisión esta nomenclatura, añadiendo nuevos términos y valorando factores como el resultado de la conducta, la entidad del acto, el grado de intencionalidad y el conocimiento o conciencia de los resultados de dicha conducta (De Leo, Bertolote y Lester, 2002). A continuación cierto términos revisados por Silverman et al. (2007).

- Ideación suicida: pensamientos sobre el suicidio (cogniciones).
- Comunicación suicida: acto interpersonal en el que se transmiten pensamientos, deseos o intencionalidad de acabar con la propia vida. Supone un punto intermedio entre la ideación suicida (cogniciones) y la conducta suicida. En esta categoría se incluyen las comunicaciones

verbales y/o no-verbales, que pueden tener intencionalidad, pero no producen lesiones. Existen dos tipos de comunicación suicida:

- Amenaza suicida: acto interpersonal, verbal o no-verbal, que puede predecir una posible conducta suicida en el futuro cercano.
- Plan suicida: propuesta de un método con el que llevar a cabo una conducta suicida potencial.
- Conducta suicida: conducta potencialmente lesiva y autoinfligida, en la que hay evidencia implícita o explícita de que la persona desea utilizar la aparente intención de morir con alguna finalidad y presenta algún grado, determinado o no, de intención de acabar con su vida. Es posible que la conducta suicida no provoque lesiones, sean provocadas de diferente gravedad o incluso producir la muerte. Se considera conducta suicida:
 - Autolesión/gesto suicida: conducta potencialmente lesiva autoinfligida para la que existe evidencia, implícita o explícita, de que la persona no tiene la intención de matarse. La persona utiliza la aparente intencionalidad de morir con otra finalidad. Este tipo de conducta puede no provocar lesiones, provocar lesiones o provocar la muerte (muerte autoinfligida no intencionada).
 - Conducta suicida no determinada: conducta con grado indeterminado de intencionalidad suicida que puede resultar sin lesiones, con lesiones o causar la muerte (muerte autoinfligida con grado indeterminado de intencionalidad).
 - Intento de suicidio: conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

3. Planteamientos teóricos sobre la conducta suicida

A lo largo de los años diversos autores han tratado de explicar el suicidio. Shneidman (1985) explicó el suicidio como respuesta al dolor abrumador, Durkheim (1951) enfatizó en la influencia del aislamiento social, Baumeister (1990) describió el suicidio como una huida de un estado mental aversivo y Beck (1967) destacó la influencia de la desesperanza. Estas teorías han

supuesto un gran avance en la investigación y han promovido nuevos métodos de prevención. Sin embargo, estas teorías pueden limitar el progreso en la comprensión del suicidio, ya que no establecen diferenciación entre los pensamientos suicidas y la conducta suicida (Klonsky y May, 2015).

Los autores Klonsky, May y Saffer (2016) argumentan que el éxito limitado de los programas de prevención sobre la reducción en cantidad de suicidios se debe a un conocimiento inadecuado sobre por qué y cuándo progresa la ideación suicida para convertirse en intentos potencialmente letales. Así, Klonsky y May (2015) proponen el modelo del Marco de Ideación a Acción (Ideation to Action Framework) con el objetivo de comprender mejor el suicidio, el riesgo de suicidio y en particular la progresión de la ideación suicida a la tentativa. La primera teoría que podría situarse en el Marco de Ideación a Acción es la Teoría Interpersonal del Suicidio planteada por Joiner (2005), la cual propone tres elementos principales: un sentido de pertenencia frustrado, la carga percibida y la capacidad adquirida.

Así, como parte del Marco de Ideación a Acción, Klonsky y May (2015) proponen la Teoría de Los Tres Pasos del Suicidio (3ST), en la que se desarrolla el progreso de la ideación suicida hasta la tentativa. Investigaciones anteriores demuestran que la presencia de factores como el sufrimiento físico (Ratcliffe, Enns, Belik, y Sareen, 2008), el aislamiento social (Durkheim, 1897), la carga y baja pertenencia (Joiner, 2005), la derrota y atrapamiento (O'Connor, 2011) y la autopercepción negativa (Baumeister, 1990), o los pensamientos, emociones, sensaciones y experiencias aversivas influyen en la ideación suicida. Teniendo esto en cuenta, la Teoría de Los Tres Pasos del Suicidio se compone principalmente por los constructos de dolor y desesperación, unión y capacidad de suicidio, presentes en los tres pasos del proceso. El primer paso es el Desarrollo de la Ideación Suicida. Según esta teoría, la presencia de cualquier tipo de dolor abrumador a la vez que un alto nivel de desesperanza dará comienzo a la elaboración de la ideación suicida. Es la combinación de estos factores lo que hace que el individuo contemple la posibilidad de quitarse la vida, debido a un dolor insoportable y la falta de esperanza de que su situación mejore en el futuro.

El segundo paso del modelo es la Ideación Suicida Fuerte vs. Moderada. Este segundo paso hacia una conducta potencialmente letal ocurre cuando el

dolor supera la unión, la cual es considerada un factor protector de la ideación suicida. La unión es un constructo amplio que hace referencia al sentido de unión de la persona con al menos un elemento de la vida como su relación otra persona, un interés, rol o proyecto que le proporciona una razón para vivir. Se trata de un nivel de Ideación Suicida Moderado cuando existe una combinación del dolor abrumador y desesperanza junto con la contemplación del suicidio, siempre que la unión con la vida permanezca más fuerte que el dolor. Sin embargo, se trataría de un nivel de Ideación Suicida Grave cuando existe desesperación y dolor y este sobrepasa cualquier sentido de unión con la vida.

Finalmente, el tercer paso de la teoría es la Progresión de Ideación a Tentativa. Este se basa en las condiciones que impulsan a las personas con ideación suicida a realizar un intento de suicidio. De acuerdo con la teoría de Joiner (2005) es la capacidad de realizar un intento de suicidio lo que determina la conducta. Es decir, solo se realizará una tentativa habiendo superado el miedo a la muerte y demás factores de instinto de supervivencia. La capacidad de suicidio puede darse por variables de predisposición (mayor tolerancia al dolor por genética), de capacidad adquirida por experiencias previas de dolor y las variables prácticas (fácil acceso a métodos de suicidio).

En conclusión, el Marco de Ideación a Acción ha contribuido en avanzar significativamente en el conocimiento y la prevención del suicidio, mediante las nuevas teorías de ideación suicida. Si bien es cierto que existen ciertas limitaciones en las que se debe progresar, la Teoría de los Tres Pasos del Suicidio sugiere cuatro objetivos claros en el área de prevención de ideación suicida: disminuir el dolor, reforzar la esperanza, mejorar la unión y reducir las capacidades (Klonsky y May, 2015).

4. Prevalencia de la conducta suicida

4.1. Prevalencia Mundial

Los datos de la Organización Mundial de la Salud (Global Health Estimates, 2016) consideran el suicidio un fenómeno global. Cada año más de 800.000 personas mueren por suicidio, y por cada muerte por suicidio se calcula que se producen entre 10 y 20 intentos fallidos de suicidio, que se traducen en lesiones, hospitalizaciones y traumas emocionales y mentales, pero no se dispone de datos fiables.

La Organización Mundial de la Salud permite analizar los datos más actuales a nivel global. Durante el año 2016 se registraron los promedios regionales por 100.000 habitantes, de los cuales la región de Europa mostró el promedio de suicidio más alto (15,4%). La región de Sudeste Asiático (13,2%) fue la segunda región con mayor porcentaje y la región Pacífico Occidental (10,2%) la tercera. La región del Oriente Mediterráneo (3,9%) se posicionó con el menor promedio de suicidios.

Respecto a las diferencias en función del sexo, en los hombres se mantiene Europa (24,7%) como el lugar con mayor promedio de suicidios. Sin embargo, es la región de Sudeste Asiático (11,6%) donde se registró una mayor prevalencia de suicidio de mujeres. La prevalencia del suicidio de mujeres en Europa fue 6,6%.

De este modo las tasas de suicidio varían dependiendo del país, se debe resaltar que no se disponen los datos de suicidio de todos los países, sobre todo existe escasa información acerca de las estadísticas de ciertos países africanos. La tasa de suicidio más alta se produce en Lituania, con una puntuación de 31,9%. Rusia es el segundo país con mayor prevalencia (31%) y en tercer lugar se sitúa Guyana con un 29,2%. Así, hay que destacar que el país con mayor prevalencia de suicidio de mujeres es Lesotho (24,4%). En cambio la mayor tasa de suicidio de hombres, se mantiene igual, siendo Lituania (58,1%) y Rusia (55,9%) los países con mayor número de suicidio cometido por hombres.

En los últimos años se ha percibido un aumento a nivel mundial en la conducta suicida en las personas entre 15 y 29 años. De hecho, el suicidio es la segunda causa principal de muerte en este período de edad tras la muerte causada por accidente de tránsito. De esta manera, los datos sobre los suicidios cometidos a nivel mundial por jóvenes, presentados por la Organización Mundial de la Salud en el año 2016 fueron los siguientes. En total se registraron un total de 222.093 suicidios por personas entre 10 y 29 años, de los cuales 127.540 suicidios fueron hombres (57,4%) y 94.553 suicidios de mujeres (42,6%).

Además, se pueden observar las diferencias por edades y sexo. Se indica que en las edades entre 10 y 15 años se cometieron menor número de suicidios, siendo 9.368 la cifra total de ambos sexos, no obstante, esta cifra

aumenta con la edad. La mayor prevalencia de suicidios cometidos por hombres jóvenes mundialmente se produce de los 25 a los 29 años, con un total de 51.074 suicidios registrados. En el caso de las mujeres jóvenes se cometió mayor número de suicidios de los 20 a los 24 años, con un total de 33.046 suicidios.

Respecto a la ideación suicida, se realizó un estudio transnacional con el objetivo de estimar la prevalencia de conductas suicidas (ideación, planificación e intentos suicidas) y examinar los factores de riesgo. Los datos fueron extraídos por la World Mental Health (WMH) Survey Initiative, un proyecto de encuestas sobre la salud mental global realizado por la Organización Mundial de la Salud (Nock et al., 2008).

Estas encuestas se llevaron a cabo en 17 países de diversas regiones. El instrumento utilizado es el Composite International Diagnostic Interview mediante encuestas cara a cara por entrevistadores formados. Los resultados mostraron un 9,2% de prevalencia de ideación suicida, un 3,1% en la planificación y un 2,7% de prevalencia de intentos previos. Entre las personas que manifestaron ideación suicida, se estimó una probabilidad de 33,6% para desarrollar un plan de suicidio y una probabilidad de 29% para realizar un intento de suicidio. De la misma manera, la probabilidad estimada de realizar un intento de suicidio aumenta a un 56% en las personas que expresaron una ideación suicida junto con un plan suicida (Nock et al., 2008).

El 60% de la transición de ideación suicida al primer intento de suicidio ocurre durante el primer año del inicio de la ideación y disminuye progresivamente. De manera que existe mayor riesgo de suicidio durante el primer año de inicio de la ideación suicida.

Los resultados evidenciaron un alto aumento del riesgo de inicio de ideación suicida durante la adolescencia y juventud. Se encontraron diferencias entre algunos países, ya que en ciertos países como Japón, Nueva Zelanda o EEUU se detectó un aumento más temprano del riesgo y en otros países como Israel, México, España o Ucrania el riesgo aumenta con edad más avanzada (Nock et al., 2008).

4.2. Prevalencia en España

La situación en España se conoce a través de los datos ofrecidos por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Los resultados sobre las defunciones por causa de suicidio más actuales son del año 2017, como se puede observar a continuación.

La tasa total de suicidios en España durante el año 2017 fue 3.679 suicidios, siendo 2.718 por hombres (74%) y 961 por mujeres (26%). Teniendo en cuenta datos de años anteriores, se aprecia un aumento sucesivo a través de los años hasta el año 2015 en el que se observa cierto descenso de la tasa total de defunción por suicidio (3.602 suicidios). Este descenso continúa hasta el año 2016 (3.569 suicidios), tras el cual se vuelve a producir un aumento de 110 defunciones por suicidio en el año 2017.

Los períodos de edad en los que se registraron menor incidencia son en los menores de 15 años, se registraron un total de 13 suicidios, y a partir de los 90 años, de quienes se registraron 78 suicidios. En cuanto a la adultez, considerando esta etapa a partir de los 30 años, se mantiene estable aunque con variaciones como una significativa disminución a partir de los 60 años. En cuanto a las edades de 15 a 29 años, se aprecia un aumento en la cantidad de suicidios cometidos en comparación con la etapa de vida anterior. Durante el año 2017, se registraron un total de 273 defunciones por suicidio de personas entre 15 y 29 años. De los cuales, 204 suicidios fueron realizados por hombres (72% de suicidios por jóvenes) y 69 por mujeres (28% de suicidios por jóvenes).

Respecto a las diferencias por nacionalidad, en esta etapa de 15 a 29 años en España durante el año 2017 se registraron los siguientes datos. Anteriormente se ha comentado que se realizaron un total de 273 suicidios por jóvenes entre 15 y 29 años, de los cuales 214 fueron españoles (78%) y 59 por personas extranjeras residentes en España (2%). Los resultados obtenidos en función del sexo y nacionalidad de los jóvenes entre 15 y 29 años indican que 158 fueron hombres de nacionalidad española (57,8%) y 46 de nacionalidad extranjera (16,8%). Se registraron 56 suicidios cometidos por mujeres españolas (20,5%) y 13 mujeres de nacionalidad extranjera (4,7%).

En la Tabla 1 se analizan las estadísticas de los suicidios cometidos por jóvenes entre 15 y 29 años según la comunidad autónoma de residencia y el género. La Comunidad Autónoma en la que más suicidios se han registrado son Andalucía y Cataluña. En ambas comunidades se dieron un total de 42 suicidios. No obstante, el mayor número de suicidios cometidos por mujeres fue Andalucía, un total de 13 mujeres de 15 a 29 años. En Cataluña, en cambio, se registró el mayor número de suicidios de hombres entre 15 y 29 años, con un total de 35 suicidios. En La Rioja, se registraron un total de 3 suicidios cometidos por jóvenes de 15 a 29 años, dos hombres y una mujer.

Tabla 1

Actos suicidas de personas entre 15 y 29 años según la Comunidad Autónoma de residencia y género, 2017

Comunidad Autónoma	Hombres	Mujeres	TOTAL
Andalucía	29	13	42
Aragón	8	1	9
Principado de Asturias	7	1	8
Illes Balears	4	0	4
Canarias	9	7	16
Cantabria	1	3	4
Castilla y León	8	2	10
Castilla-La Mancha	8	3	11
Cataluña	35	7	42
Comunitat Valenciana	15	8	23
Extremadura	4	2	6
Galicia	14	5	19
Comunidad de Madrid	29	11	40
Navarra	3	0	3
País Vasco	11	0	11
La Rioja	2	1	3
Ceuta	0	0	0
Melilla	1	0	1
Total	188	64	252

Las estadísticas recogidas según el método empleado y sexo en personas de 15 a 29 años mostraron los siguientes resultados. Por un lado, el medio más empleado por las mujeres fue saltar de un lugar elevado (35%). El segundo medio más empleado fue el ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación, por el 29% de las mujeres. En tercer lugar, el 15% de las mujeres se suicidaron por envenenamiento autoinfligido intencionalmente con

medicamentos, sustancias biológicas u otras drogas. No obstante, el método más empleado por los hombres fue por lesión autoinfligida intencionalmente por ahorcamiento, estrangulamiento o sofocación (51%). El segundo método más empleado por hombres fue saltar por un lugar elevado (22%). En cuanto al envenenamiento autoinfligido, el 3% de los hombres emplearon este medio por medicamentos y sustancias biológicas u otras drogas.

En conclusión, los medios más utilizados por ambos sexos fueron lesiones autoinfligidas, en ambos casos se observa el ahorcamiento y el salto de un lugar elevado como los medios más utilizados. Esto puede deberse a mayor accesibilidad para cometer el suicidio de esta manera, en comparación con otros medios.

4.3. Prevalencia en La Rioja

Se llevó a cabo una investigación con el objetivo de presentar datos actualizados de la prevalencia de conducta suicida en La Rioja. La muestra inicial estuvo compuesta por 1.972 estudiantes, eliminándose aquellos participantes que presentaban una puntuación elevada en la escala INF-OV revisada (Fonseca-Pedrero et al., 2018) de detección de respuesta azarosas o pseudoazarosas ($n=146$) o una edad mayor a 19 años ($n=36$). Así, la muestra final estuvo compuesta por un total de 1790 estudiantes, 961 (53,7%) mujeres y 816 (45,6%) hombres, 13 participantes (0,7%) se definen como intersexuales (0,3%), transexuales (0,2%) u otra condición sexual (0,2%).

La media de edad fue de 15,70 años ($DT= 1,261$), oscilando un rango de edad entre los 14 y los 19 años. Debido al reducido número de participantes en el grupo de 19 años, se combinó con el grupo de 18 años, se formó un grupo de 18-19 años compuesto por un total de 198 participantes (11,1%). La distribución de la muestra en función del género y edad se recoge en la

El instrumento utilizado para el análisis fue la Escala Paykel de Ideación Suicida, la cual fue diseñada para la evaluación de comportamientos de ideación suicida. La escala está formada por tres dimensiones que valoran pensamientos de muerte (ítems 1 y 2), ideación suicida (ítems 3 y 4) e intentos de suicidios (ítem 5). Esta escala se compone por un total de 5 ítems con un sistema de respuesta dicotómico Sí/No. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 5, añadiendo un punto por cada respuesta afirmativa. El marco temporal de

referencia para las respuestas es el último año. De este modo, cuanto mayor puntuación se obtenga, mayor será la gravedad y riesgo de ideación suicida. La Escala Paykel ha sido utilizada previamente en adolescentes españoles, mostrando una adecuada calidad psicométrica.

Los resultados obtenidos tras examinar la prevalencia de alumnos que informan de comportamientos de ideación suicida se presentan en la Tabla 2, donde se recoge la proporción de participantes que respondieron afirmativamente a los ítems de ideación suicida, indicando los resultados de la muestra total en función del género.

Tabla 2

Porcentaje de alumnos que respondieron de forma afirmativa a los ítems de la Escala Paykel de Ideación Suicida en la muestra total y en función del género.

Ítems	%		
	Total	Hombres	Mujeres
1. ¿Has sentido que la vida no merece la pena?	22,6	17,5	26,5
2. ¿Has deseado estar muerto? Por ejemplo, ir a dormir y desear no levantarte.	14,1	8,6	18,6
3. ¿Has pensado en quitarte la vida aunque realmente no lo fueras a hacer?	14,1	11,4	16
4. ¿Has llegado al punto en el que considerarías realmente quitarte la vida o hiciste planes sobre cómo lo harías?	3,8	3,2	4,2
5. ¿Alguna vez has intentado quitarte la vida?	3,3	1,6	4,7

Como se puede observar, aproximadamente un 3% de la muestra total indicó que había realizado al menos un intento de suicidio. Concretamente, un 1,6% de los hombres y un 4,7% de las mujeres han intentado quitarse la vida alguna vez. Los resultados evidencian diferencias estadísticamente significativas en los ítems 1 ($\chi^2(1) = 20,613$; $p < 0,01$), 2 ($\chi^2(1) = 36,338$; $p < 0,01$), 3 ($\chi^2(1) = 7,897$; $p = 0,003$) y 5 ($\chi^2(1) = 13,340$; $p < 0,01$), pero no en el ítem 4 ($\chi^2(1) = 1,176$; $p = 0,169$) cuando se compararon las puntuaciones en función del género. En todos los casos, las mujeres presentaron una mayor proporción de respuestas afirmativas en comparación con los hombres.

A continuación, se examinó el porcentaje de participantes en la puntuación total de la Escala Paykel de Ideación Suicida. Como se refleja en la Tabla 2, un

2% de la muestra obtuvo una puntuación de 5, mientras que un 1,8% de la muestra respondió al menos afirmativamente a 4 ítems. En este sentido, entre el 1,8% y el 3,8% de la muestra se encontraría en un nivel de gravedad alto de ideación suicida (puntuación superior a 4).

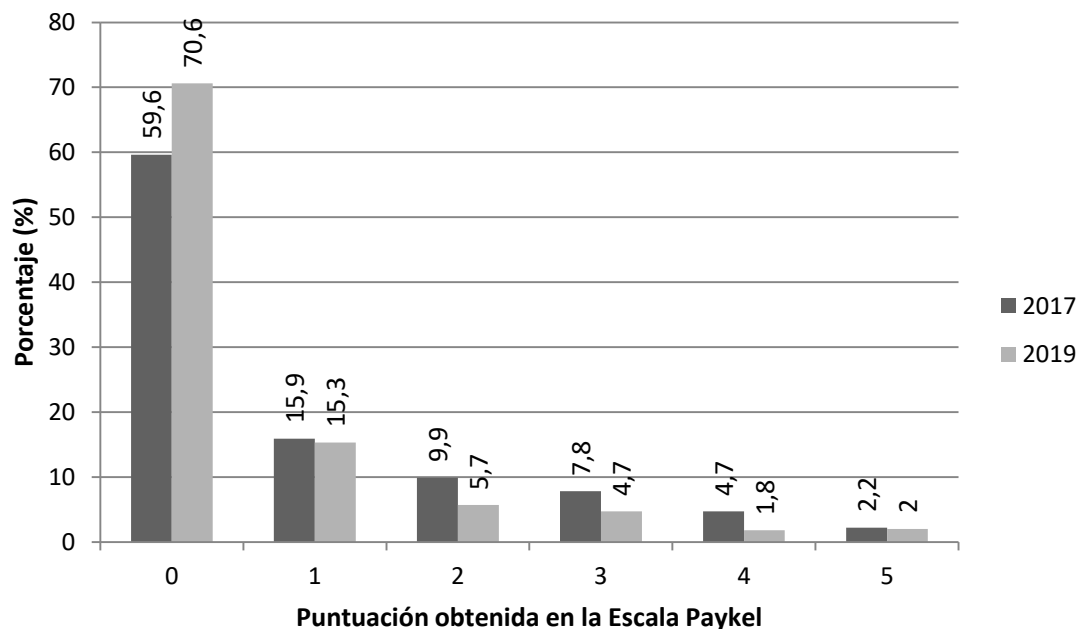


Figura 1. Evolución del porcentaje de participantes en función de la puntuación total en la Escala Paykel de Ideación Suicida.

Por otro lado, se ha realizado una comparación con los resultados obtenidos en la investigación anterior realizada por Fonseca-Pedrero et al. (2018). Como se puede observar en la Figura 1, se ha producido cierta disminución en la ideación suicida en adolescentes de La Rioja. Se aprecia una disminución en las estadísticas de las respuestas afirmativas obtenidas por la Escala Paykel de Ideación Suicida. Asimismo, se puede observar un aumento del porcentaje de las personas que no respondieron afirmativamente a ninguna pregunta (2019, 70,6%; 2017, 59,6%). Es decir, estas personas no presentan comportamientos de ideación suicida, pensamientos de muerte ni previos intentos.

5. Mitos sobre la conducta suicida

Los mitos se definen como criterios culturalmente aceptados sin veracidad científica, se trata de juicios de valor erróneos con respecto al suicidio, a los que comenten un suicidio y a los que realizan una tentativa (Pérez Barrero, 2005b). Existen numerosos estigmas, tabú y mitos acerca de la conducta

suicida que pueden suponer un obstáculo en la prevención del suicidio, creando barreras y prejuicios falsos. Es necesario conocer cuáles son estas creencias infundadas para poder desmentirlas e intervenir adecuadamente ante la conducta suicida. A continuación se pueden observar algunas de estas creencias erróneas más comunes recogidas por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud Español, junto con las evidencias científicas y ciertas recomendaciones para una intervención eficaz.

- La persona que se quiere suicidar no lo dice.

Esta afirmación conduce a no prestar atención a las personas que manifiestan sus ideas suicidas o amenazan con suicidarse. Varios estudios han demostrado que nueve de cada diez personas que se suicidan anteriormente manifestaron claramente sus propósitos y la décima dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida (Pérez Barrero, 2005b). Es decir, todas las personas con ideación suicida expresan signos de advertencia verbales o conductuales, mediante palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta. Es importante conocer estos signos para poder detectarlos con eficacia. Los expertos recomiendan no considerar estas expresiones un alarde, chantaje o manipulación y nunca se debe retar a la persona a hacerlo.

- Preguntar a una persona si está pensando en suicidarse, puede incitarle a hacerlo.

Este mito crea temor para tratar el tema del suicidio, creando una barrera con aquellas personas en riesgo que necesitan la ayuda. Está demostrado que preguntar y hablar sobre la presencia de pensamientos suicidas, le permite aliviar tensión e indicarle que nos preocupa. De esta manera, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos. (Pérez Barrero, 2005b). Cuando la persona expresa sus pensamientos es imprescindible que se escuche de manera activa y sin juzgar, sin discutir ni quitar importancia a sus sentimientos de forma que se perciba un deseo de ayuda genuino. De esta manera es posible prevenir el suicidio.

- El suicidio no se puede prevenir.

Esta creencia puede crear una inercia terapéutica limitando las acciones preventivas, ya que si sucede de manera impulsiva sería imposible pronosticarlo y prevenirlo.

Antes de intentar suicidarse, toda persona evidencia varios síntomas que se han definido como síndrome presuicida. Estos síntomas consisten en constricción de los sentimientos y el intelecto, inhibición de la agresividad (en vez de dirigir la agresividad hacia otras personas, se reserva para sí mismo) y la existencia de fantasías suicidas. Estas conductas es posible detectarlas a su debido tiempo y evitar que la persona lleve a cabo sus propósitos y cometa un suicidio (Pérez Barrero, 2005b).

- La persona que se suicida quiere morir.

Estas personas se encuentran en una situación ambivalente, desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Es decir, las personas con ideación suicida creen que siempre van a seguir sufriendo y ven la muerte como única salida a ese sufrimiento. Si esta ambivalencia se observa con anterioridad, es posible inclinar la balanza hacia la vida (Pérez Barrero, 2005b). Es por esto que recibir un apoyo emocional, hablar y fomentar la reflexión sobre sus pensamientos en el momento adecuado puede prevenir el suicidio.

- Solo las personas con problemas graves se suicidan, los niños y adolescentes no se suicidan.

Las investigaciones indican que una cuarta parte de las muertes por suicidio son producidas por adolescentes y menores de 25 años. Un niño tras adquirir el concepto de muerte, puede cometer el suicidio (Pérez Barrero, 2005b). No se debe minimizar el sufrimiento de una adolescente atribuyéndolo a la edad, y es que a pesar de que como adulto el problema resulte algo trivial, para el adolescente puede ser la fuente de un gran sufrimiento. Es imprescindible reforzar la empatía y no infravalorar el sufrimiento que puede estar causando.

6. Factores asociados a la conducta suicida: factores de riesgo y protectores

6.1. Factores de riesgo

La conducta suicida es un problema multicausal compuesta por diferentes factores que aumentan o disminuyen el riesgo de realizar un intento de suicidio. Mediante el conocimiento de los factores se posibilita la detección de una situación de riesgo (American Psychiatric Association, 2003). El nivel de riesgo actúa de forma acumulativa, es decir, aumenta en proporción a la cantidad de

factores que la persona presente, aunque hay que tener en cuenta que ciertos factores han demostrado suponer un mayor riesgo (Pérez Barrero, 2005).

Los factores de riesgo pueden ser clasificados en dos tipos, modificables e inmodificables. Los factores modificables hacen referencia a aquellos factores sociales, psicológicos y psicopatológicos que mediante el tratamiento clínico pueden modificarse. En cambio, los factores inmodificables se relacionan al propio sujeto o grupo social, se mantienen estables en el tiempo y su cambio no se debe al tratamiento (Bobes, Giner y Daiz, 2011). A continuación se presentan los diversos factores de riesgo presentes en la adolescencia.

6.1.1. Factores de riesgo individuales

Factores psicológicos

Brezo, Paris y Turecki (2006) exploraron los rasgos de personalidad asociados a la conducta suicida mediante una revisión de 90 estudios previos. La desesperanza, el neuroticismo y la extraversión son los rasgos claramente más relacionados y otros como la agresividad, impulsividad, irritabilidad, hostilidad o ansiedad mostraron asociaciones menos concluyentes.

La desesperanza se considera el factor psicológico más influyente en relación con el riesgo de conducta suicida (Hawton y van Heeringen, 2009; Nock, Borges, Bromet, Cha, Kessler y Lee, 2008; Sullivan y Bongar, 2009; Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005). El 91% de los pacientes con conducta suicida han mostrado niveles de desesperanza en la escala de Beck (De Leo et al., 2002).

Se ha mostrado que ciertas características psicológicas están asociadas a la conducta suicida como; la impulsividad, el pensamiento dicotómico, la rigidez cognitiva, la dificultad de resolución de problemas, la sobregeneralización en el recuerdo autobiográfico (Williams y Pollock, 2000) y el perfeccionismo (O'Connor, 2007).

Enfermedades físicas

La presencia de enfermedades médicas implica un aumento de riesgo suicida. Entre las enfermedades con mayor riesgo se encuentran: SIDA, epilepsia, enfermedades de la médula espinal, daño cerebral, Corea de Huntington y diversos tipos de cáncer, sobretodo aquellos que afectan al sistema nervioso central. El riesgo ante estas enfermedades es mayor cuando

se diagnostica junto con un cuadro depresivo y/o bajo apoyo social (Harris y Barraclough, 1997).

Trastornos mentales

En los adolescentes, al igual que en la población general, existe una relación significativa entre la enfermedad mental y el suicidio. De hecho, algunos estudios mediante autopsias psicológicas han afirmado que al menos el 90% de los adolescentes que han cometido un suicidio sufrían uno o más trastornos psiquiátricos (Isometsa, 2001) y que el riesgo de suicidio aumenta con mayor número de diagnósticos (Beautrais, Joyce, Mulder, 1996).

El riesgo de suicidio es mayor en las fases tempranas de la enfermedad (Harris y Barraclough, 1997) y durante los primeros seis meses tras recibir el alta de un ingreso psiquiátrico (Hawton y van Heeringen 2009). Es importante observar y detectar los cambios en la conducta, las relaciones humanas, la afectividad y los hábitos que pueden darse debido a estas enfermedades, y así hacer posible un diagnóstico precoz (Pérez Barrero, 2005a).

En un estudio epidemiológico realizado por Fleischmann, Bertolote, Belfer (2005) con una muestra de 894 jóvenes entre 10 y 30 años que habían consumado el suicidio, un 88,6% había presentado al menos un diagnóstico de trastorno mental. De los cuales, los trastornos afectivos como la depresión o ansiedad, fueron los más frecuentes (42,1%), seguidos del abuso de sustancias (40,8%).

De hecho, el trastorno por uso de sustancias y en especial el alcoholismo, por su elevada prevalencia, se relaciona con el suicidio tanto como factor de riesgo, como precipitante en última instancia de la conducta suicida. Hasta un 15% de los pacientes que sufren alcoholismo se suicidan y el abuso de alcohol es un factor presente en el 25-50% de los suicidios (Conner y Duberstein, 2004).

Asimismo, se ha señalado que los trastornos de personalidad pueden aumentar hasta seis veces el riesgo de suicidio (Harris y Barraclough, 1997). Además, puede determinar la conducta suicida de diferentes maneras: predisponiendo a trastornos mentales mayores como la depresión o alcoholismo, facilitando la presencia de problemas en las relaciones interpersonales y en el ajuste social, precipitando eventos vitales indeseables o

mediante el deterioro de la capacidad de afrontar un trastorno físico o mental (Duberstein y Conwell, 1997). Entre estos trastornos, el trastorno disocial de la personalidad supone un elevado riesgo de suicidio y autolesión en los adolescentes debido a sus rasgos clínicos, ya que está unido a un deterioro significativo de la actividad social, académica y laboral.

De la misma manera, los trastornos de la alimentación y los trastornos psicóticos suponen un importante factor de riesgo para el suicidio (Pérez Barrero, 2005a).

Intentos previos de suicidio e ideación suicida

Los intentos previos se consideran el mayor predictor de riesgo suicida (Hawton y van Heeringen, 2009; Nock et al., 2008; Kann, Kinchen, Williams, Ross, Lowry, Grunbaum, 2000; Beautrais, Collings y Ehrhardt, 2005).

Se ha evidenciado que conforme la ideación suicida se prolonga en el tiempo sin acompañarse de intentos ni planes, disminuye el riesgo de suicidio (Nock et al., 2008). No obstante, el riesgo de suicidio aumenta entre 20-30 veces durante los primeros seis meses y primer año tras el intento (De Leo, 2002).

Edad

A lo largo de la vida, las etapas con mayor riesgo de tentativa y de suicidios consumados son durante la adolescencia y la edad avanzada (Hawton y van Heeringen, 2009; Nock et al., 2008; Kann et al., 2000; Beautrais et al., 2005) con la diferencia de que en los ancianos las tasas de suicidio son mayores debido al uso de métodos más letales (De Leo et al. 2002).

Género

A nivel mundial, los hombres presentan mayores tasas de suicidios consumados y las mujeres mayor número de intentos de suicidio (Nock et al., 2008; Kann et al., 2000; Beautrais et al., 2005). Los hombres tienden a utilizar métodos más letales que las mujeres (Sakinofsky, 2007),

6.1.2. Factores de riesgo familiares y contextuales

La situación familiar influye de manera determinante en el bienestar del adolescente, delimitando su felicidad y crecimiento emocional. Siguiendo a Pérez Barrero (2005a), factores como a) la presencia de padres con trastornos

mentales, abuso de alcohol u otras sustancias, b) la violencia familiar, incluyendo el abuso físico y sexual, la escasa comunicación y falta de afecto, frecuentes peleas y otras manifestaciones de agresividad, c) la separación de los padres por muerte, separación o divorcio, d) los frecuentes cambios de domicilio a diferentes áreas, e) la rigidez familiar e imposición de expectativas muy altas sobre los adolescentes, autoritarismo o pérdida de la autoridad entre los padres, f) la incapacidad para escuchar las inquietudes del adolescente y desconocimiento de sus necesidades y falta de muestras de apoyo situaciones de estrés y g) la incapacidad para abordar los temas relacionados con la sexualidad, la vocación o necesidades del adolescente, aumentarían el riesgo suicida. Por otra parte, los antecedentes familiares de suicidio o intentos de suicidio y aceptación de esta conducta como forma de afrontamiento (Hawton y van Heeringen, 2009; Beautrais et al., 2005; Sakinofsky, 2007) han sido mencionados de manera reiterada en la literatura. Además, el riesgo aumenta cuando la tentativa o suicidio consumado es de un familiar de primer grado (Sakinofsky, 2007).

Respecto a los factores culturales y sociodemográficos, pueden ser divididos en varias clasificaciones. Por un lado, los factores como los problemas socioeconómicos, el desempleo (Nock et al., 2008; Kann et al., 2000; Beautrais, et al., 2005) y el bajo nivel educacional (Kann et al., 2000; Beautrais, et al., 2005) de la familia se consideran de riesgo para la conducta suicida ya que tienen consecuencias directas en el bienestar de los adolescentes. Estos factores suponen un obstáculo en la participación social activa del adolescente, impiden la satisfacción de las necesidades más elementales y limitan su libertad.

Por otro lado, los factores asociados a la cultura se consideran de alto riesgo en minorías étnicas. El proceso de adaptación cultural a menudo conlleva la pérdida de la identidad y sus costumbres lo que puede suponer una situación de aislamiento social, carencia de apoyo y baja autoestima. Consecuentemente, se ha dado un aumento del riesgo de conducta suicida (Pérez Barrero, 2005a).

6.1.3. Otros factores de riesgo

Historia de maltrato físico o abuso sexual

Los abusos sexuales y físicos, concretamente los recibidos durante la infancia, presentan una asociación consistente con la conducta suicida (Hawton y van Heeringen, 2009; Kann et al., 2000; Beautrais et al., 2005; Sakinofsky, 2007). La presencia de trastornos es frecuente en personas que han sufrido abusos físicos o sexuales, lo que contribuye a aumentar el riesgo suicida (De Leo et al., 2002; Sakinofsky, 2007).

Orientación sexual

La evidencia es limitada en cuanto al factor de la orientación sexual pero parece existir un mayor riesgo de suicidio en personas homosexuales, sobre todo en la adolescencia y en los adultos jóvenes (Hawton y van Heeringen, 2009; Nock et al., 2008; Kann et al., 2000; Sakinofsky, 2007). En esta etapa puede sufrir discriminación, tensión en sus relaciones interpersonales, ansiedad y falta de apoyo, lo que supone un aumento del riesgo suicida (De Leo et al., 2002; American Psychiatric Association, 2003).

Por otro lado, las personas homosexuales en comparación con la población general presentan mayores tasas de trastornos por abuso de alcohol, depresión y desesperanza. Estos factores aumentan el riesgo de suicidio, por consiguiente si estos factores se modificasen, la orientación sexual sería un factor de riesgo más débil (Judge y Billick, 2004; King, Semlyen, See Tai, Killaspy, Osborn y Popelyuk, 2008).

6.2. Factores de protección

Los factores protectores hacen referencia a aquellos que, en presencia de factores de riesgo, disminuyen la probabilidad de la conducta suicida (Nock et al., 2008). Los factores protectores no eliminan la posibilidad de suicidio pero su potenciación ayuda a prevenirlo.

Actitudes y valores interiorizados en contra del suicidio como el concepto de valor de la propia vida, las habilidades sociales y diferentes capacidades de regulación emocional (Bobes, Giner, Saiz, 2011) son factores de protección contra el suicidio. Ayuso-Mateos et al. (2012), Beautrais et al. (2005) y Guo y Harstall (2002) plantean que los factores de protección más destacables son la habilidad de resolución de conflictos o problemas, la confianza en uno mismo,

la habilidad para las relaciones sociales e interpersonales, la flexibilidad cognitiva, el manejo de la ira adecuado, la presencia de esperanza y optimismo, el autocontrol de la impulsividad, la alta autoestima y la resiliencia.

Diversos factores contextuales pueden suponer un factor de protección para el adolescente como el apoyo familiar y social fuerte y de calidad, integración social, mantener creencias y prácticas religiosas, espiritualidad o valores positivos, adoptar valores culturales y tradicionales, en caso de sufrir trastornos mentales, enfermedades físicas o con abuso de sustancias realizar un tratamiento integral, permanente y a largo plazo (Nock et al. 2005; Sakinofsky, 2007; Guo y Harstall, 2002). Ayuso-Mateos et al. (2012) destacan la accesibilidad a los dispositivos de salud, el ambiente estable en el hogar y las restricciones a la hora de adquirir armas o medicaciones potencialmente letales.

7. Factores precipitantes y señales de alerta

Los factores precipitantes hacen referencia a los acontecimientos previos al intento de suicidio, los cuales desencadenan la conducta suicida. En la vida de una persona pueden darse diversas situaciones estresantes que junto a otros factores de riesgo, aumenta la probabilidad de que desencadenen una conducta suicida. Entre el 70% y el 97% de los suicidios cometidos por adolescentes presentan un acontecimiento vital estresante previo (Rich, Warstadt y Nemiroff, 1991). Los eventos estresantes más frecuentes en suicidios e intentos de suicidio se caracterizan por la pérdida, los conflictos interpersonales y los problemas de disciplina o legales (Brent, Perper y Moritz, 1993; Brent, Perper y Goldstein, 1988; Shafii, Steltz-Lenarsky y Derrick, 1988).

Sandín (2003) indica que el impacto del evento aumenta en función del grado de alteración de la rutina. Por tanto, los cambios indeseables, repentinos, inesperados, no-normativos e incontrolables resultan más dañinos que aquellos cambios que son deseados, esperados, habituales y controlados. Se considera que es la capacidad de superación y adaptación de la persona lo que determina la influencia del evento (Sandín, 2003).

Algunos de estos acontecimientos vitales estresantes inesperados en la adolescencia pueden darse en modo de enfermedades, accidentes, deformaciones físicas, retraso del desarrollo, cambios de residencia, divorcio o

muerte de los padres, muerte de un amigo cercano, disfunción sexual y presencia de psicopatológica de los padres.

Schotte y Clunn (1987) confirmaron una fuerte asociación entre el estrés vital negativo y el grado de ideación suicida. Este estrés vital negativo puede ser generado por diversos acontecimientos como los problemas financieros familiares, conflictos familiares, problemas en la relación con los padres, eventos personales y familiares, sentimientos de estrés pasado y reciente. También puede ser dado por causa de maltrato, abuso físico y/o sexual, y la pérdida de figuras de apego por separación, divorcio o muerte. A continuación se presentan otros factores precipitantes.

- Crisis, confrontación o pérdida de los padres y/o cuidadores (Colucci y Martin, 2007).
- Factores psicológicos/personales como la capacidad de métodos de afrontamiento, impulsividad (Colucci y Martin, 2007).
- Conflictos familiares y problemas con el grupo de iguales: peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo de iguales, primeras relaciones, etc. (Steele y Doey, 2007)
- Dificultades escolares (Liu y Tein, 2005), el estrés académico ha resultado una de las áreas más importantes de estrés durante la adolescencia.

Las señales de alerta son los primeros signos detectables que indican un riesgo aumentado de suicidio a corto plazo (puede ser consumado en minutos, horas o días). Se estima que una señal de alerta es una característica de la propia conducta suicida en lugar de un constructo diferente que predice o puede estar relacionado con el suicidio. Varias investigaciones han remarcado la baja consistencia en las listas de las señales de alerta a menudo distribuidas a docentes, profesionales de atención primaria y en páginas web, debido a que no están basadas en pautas empíricas (Rudd, 2003).

Rudd, Berman, Joiner, Nock, Silverman, Mandrusiak, Van Orden y Witte (2006) elaboraron una distinción entre los factores de riesgo de suicidio y las señales de alerta. Los factores de riesgo son estáticos y duraderos, pueden llegar a estar presentes toda la vida, mientras que las señales de alerta son puntuales y cambiantes e implican un riesgo inmediato. El riesgo de suicidio aumenta en función de intentos previos y síntomas suicidas actuales. En los

signos de alerta deben de ser específicos y referentes al estado actual, diferenciándose de los factores de riesgo.

Hendin, Maltsberger, Lipschitz, Haas y Kyle (2001) analizaron los eventos que precipitan un intento de suicidio. Para ello, utilizaron 26 casos de suicidio que acudían a terapia en el momento de la consumación del suicidio. Los resultados mostraron tres signos de comportamiento (manifestaciones verbales y no-verbales sugiriendo la intención de suicidio, deterioro del funcionamiento y un incremento de abuso de sustancias) que preceden inmediatamente el suicidio. Maltsberger, Hendin, Haas, y Lipschitz (2003) demostraron que en 25 de los 26 casos estudiados se registró un evento precipitante previo a la consumación del suicidio. Chiles, Strosahl, Cowden y Graham (1986) indicaron que el abuso de sustancias y la comunicación de la intención de quitarse la vida son factores que preceden más frecuentemente el intento de suicidio.

Los adolescentes suelen presentar expresiones de comunicación en su comportamiento, y generalmente tienden a exteriorizar llamadas de auxilio. Esta expresión puede manifestarse de forma verbal (amenazas, fantasías, deseos), o de forma no-verbal (intentos autolesivos graves y/o conductas dañinas) (Farberow y Shneidman, 1961).

Por otro lado, la asociación española AIPIS, Asociación, Investigación, prevención e Intervención Conducta Suicida (2016) indica las señales de alerta que pueden darse en el contexto educativo. Son comunes los cambios repentinos en la conducta, los cuales pueden darse en dos sentidos. Por un lado, puede haber un aumento significativo de irascibilidad y/o irritabilidad, aumento de agresividad, comenzar a no respetar los límites, insomnio o problemas para dormir. Por otro lado, un repentino período de calma y tranquilidad, habiendo presentado previamente una gran agitación, esta tranquilidad puede significar que la decisión de quitarse la vida ya ha sido tomada. En el aula se pueden apreciar actitudes como la falta de interés en las actividades escolares con las que antes disfrutaba, o la falta de implicación en todas las actividades y grupos, una actitud pasiva en clase, apatía, tristeza, el aislamiento durante los recreos y mostrarse retraídos y distantes, descenso general en las calificaciones, disminución del almuerzo (falta de apetito), ausencias injustificadas, comportamiento inadecuado en el aula, cierre de cuentas en redes sociales. También se puede apreciar un consumo inusual de

alcohol u otras drogas, puede estar utilizándose para disminuir la ideación suicida. Además, conductas ya mencionadas anteriormente como regalar objetos personales y queridos, despedidas mediante cualquier medio de comunicación o en persona, resolver asuntos pendientes.

8. Prevención e intervención en conducta suicida en el ámbito escolar

La iniciativa a nivel global en la prevención del suicidio se presentó por La Organización Mundial de la Salud en el año 1999 con el Programa SUPRE (acrónimo de Suicide Prevention) dirigido a grupos sociales y profesionales específicos, particularmente relevantes en la prevención del suicidio.

Diversos estudios han analizado las estrategias educativas específicas dirigidas a jóvenes que reflejan el estado actual del conocimiento en la prevención del suicidio, y evalúan la efectividad y seguridad para prevenir el comportamiento suicida (Mann et al., 2005). La revisión de los estudios publicados de 1990-2002 indica que los programas basados en el currículo aumentan el conocimiento y mejoran las actitudes hacia las enfermedades mentales y el suicidio, pero no se encontraron pruebas suficientes para prevenir la conducta suicida (Guo y Harstall, 2002). Una prueba controlada posterior demuestra una disminución en las tasas de suicidio, así como un mayor conocimiento y actitudes más adaptativas sobre la depresión y suicidio tras tres meses de intervención, aunque los resultados no muestran beneficios significativos en las tasas de ideación suicida y búsqueda de ayuda (Aseltine y DeMartino, 2004). Por otro lado, se ha demostrado que mejorar las capacidades de resolución de problemas, manejo del estrés y aumento de la resiliencia refuerzan los factores protectores (Orbach y Bar-Joseph, 1993).

La detección sistemática directa de adolescentes mediante la identificación de factores de predicción de suicidio basados en evidencia, es considerada una estrategia de salud pública efectiva para hacer frente al suicidio entre los adolescentes. Un ejemplo positivo es un programa aplicado en un distrito escolar público en Miami, Estados Unidos incluyó una política escolar de prevención de suicidio, capacitación y consulta de los docentes, educación a los padres, plan de estudios para el manejo del estrés y habilidades de supervivencia y el establecimiento de un grupo de crisis en cada escuela. Durante un estudio longitudinal de cinco años, se observó una reducción de

63% en la cifra anual de suicidios entre estudiantes y una reducción de 64% en los intentos de suicidio (Zenere y Lazarus, 1997).

8.1. Herramientas para la evaluación del riesgo suicida

Un elemento indispensable en los programas de prevención es la valoración de la conducta suicida mediante la cual se evalúa el riesgo de suicidio presente. En esta valoración se debe detectar los factores de riesgo y protectores más relevantes, las características personales y sociales (Navarro-Gómez, 2017). Además, existen diversas herramientas psicométricas de detección y valoración inicial de riesgo de ideación suicida. Las herramientas pueden ser autoaplicadas como el cuestionario de desesperanza de

Por un lado, el Cuestionario de riesgo de suicidio (Risk of Suicide Questionnaire, RSQ) (Horowitz et al., 2001) se considera un instrumento con alta sensibilidad y especificidad, que evalúa constructos relacionados con el riesgo suicida, como la desesperanza, ideación y conducta autodestructiva pasada y conducta suicida actual y factores estresantes actuales. Este cuestionario podría ser aplicable en los centros educativos a niños y adolescentes. Según la revisión sistemática de herramientas realizada por Pena y Caine (2006), los instrumentos más utilizados para detectar el riesgo de suicidio son el Suicide Risk Screen (Thompson y Eggert, 1999), Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ) (Reynolds, 1991) y Columbia Suicide Screen (CSS) (Shaffer et al., 2004). Cada una de estas escalas se compone por diversos constructos de predicción del riesgo suicida.

De este modo, para la aplicación en los centros educativos de La Rioja se ha decidido utilizar la Escala Columbia para evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (Posner et al., 2011), la cual deberá ser distribuida en los centros de educación junto con la Guía de prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo y será trabajado como objeto de entrenamiento con los profesionales de orientación. Esta escala ofrece diversas versiones adaptadas para su aplicación en contextos como la escuela, la familia o la investigación. Además, Al-Halabí et al. (2016) realizaron una validación de la versión española de esta escala con el objetivo de examinar las propiedades psicométricas, concluyendo que es un instrumento adecuado para la evaluación y la supervisión de la conducta e

ideación suicida tanto en la práctica clínica como en diversos contextos. La escala C-SSRS es una entrevista semiestructurada que recoge la aparición, la gravedad y la frecuencia de la conducta y los pensamientos relacionados con el suicidio durante el período de evaluación en adolescentes. Mide cuatro constructos: gravedad de la ideación, intensidad de la ideación, conducta suicida y letalidad de la conducta suicida. El primero, la gravedad de la ideación, compuesto por una subescala en la que se evalúan 5 tipos de ideaciones de gravedad creciente con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 = deseos de morir a 5 = ideación suicida con plan específico e intención). El segundo, la intensidad de la ideación, compuesto por una subescala compuesta por 5 elementos; 2 de ellos (frecuencia y duración) se evalúan con una escala ordinal de 5 puntos (de 1 a 5) y los otros 3 (controlabilidad, disuasión y motivo de ideación) se evalúan con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 a 5). El tercero, la conducta suicida, compuesto por una subescala en la que se evalúan con una escala nominal las tentativas reales, interrumpidas y abortadas, actos preparatorios y conducta autodestructiva no suicida. La cuarta, la letalidad de la conducta suicida, está compuesta por una subescala que valora el nivel de daño médico real de la tentativa, se evalúa con una escala ordinal de 6 puntos (de 0 = no hay daño físico a 5 = muerte); si la letalidad real es 0, la letalidad potencial de la tentativa se clasifica según una escala ordinal de 3 puntos (ver Anexo 1).

9. Protocolo de actuación en La Rioja

El Gobierno de La Rioja ha presentado el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, que es una de las líneas prioritarias del III Plan de Salud Mental (2016-2020), elaborada por un grupo de expertos de diversas disciplinas. Este plan está formado por un total de 39 medidas de actuación concretas incluidas en las cuatro líneas estratégicas: Detección, abordaje y prevención de la conducta suicida e intervención con personas que han perdido a un ser querido por suicidio; Formación a profesionales e investigación; Información y comunicación eficaz para visibilizar la conducta suicida y reducir el estigma social; y Líneas de colaboración y coordinación.

Una de las medidas propuestas en el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja es el desarrollo de un programa específico de educación emocional para

adolescentes, para sus familias y para docentes orientado a la prevención de la conducta suicida en educación secundaria elaborado por la Universidad de La Rioja (Departamento de psicología evolutiva y educación) y el Teléfono de la Esperanza de La Rioja. Este programa incluye 13 sesiones de trabajo en las que se ofrece la formación para identificar y gestionar las emociones, controlar el estrés, y además se informa de los factores de riesgo, protectores, señales de alerta comunes en la adolescencia, y se proporcionan los recursos disponibles en esta Comunidad Autónoma, facilitando una coordinación directa con el equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil para una atención rápida y eficaz de aquellos niños y adolescentes que lleven a cabo un intento autolítico.

De acuerdo con la Fundación Española para la Prevención del Suicidio (SME), el Protocolo Interinstitucional de Prevención y Actuación ante Conductas Suicidas presentado por el Gobierno de Navarra (2014) es el protocolo con mayor y mejor planificación preventiva que se dispone actualmente en España. Se utilizará como referencia junto con recomendaciones propuestas por los diferentes autores para completar las estrategias de prevención e intervención. A continuación se presentan el programa de prevención de la conducta suicida en el ámbito educativo y el protocolo de derivación de I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja.

9.1. Prevención general/Promoción de la salud

La promoción de la salud para prevenir la conducta suicida debe involucrar a las personas que mantienen una relación más amplia con los adolescentes, como sus familiares, los profesionales de la educación y los propios adolescentes. Antes de detectar una situación de riesgo en el centro, se deberá realizar diversas actuaciones para prevenir la aparición de la ideación suicida y ofrecer un entorno seguro con pautas establecidas para que en el caso de que se detecte una situación de riesgo, todos los agentes estén formados para actuar, mediante una identificación y actuación eficaz.

Una estrategia concreta propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2001) se basa en el fortalecimiento de la salud mental y formación del equipo educativo para que pueda abordar la situación. En cuanto a los alumnos, debido a que durante la adolescencia el proceso de desarrollo de la personalidad aún no ha finalizado, es recomendable reforzar las características

que sirvan de bloqueo contra la conducta suicida y no promover rasgos negativos como la complacencia, así se podrá dificultar la aparición de la ideación suicida (Pérez Barrero, 1999). Además se debe promover la petición y concesión de ayuda en crisis personales, el tratamiento esperanzador de las dificultades, el sentido de la vida, las actividades solidarias y de cuidado. Y por último, es importante informar a los alumnos acerca de la disponibilidad de servicios específicos, las líneas de ayuda para crisis y emergencias, los números de las emergencias psiquiátricas, teléfonos del profesional de referencia del centro, Teléfono de la Esperanza, de forma que estén disponibles para los estudiantes.

9.2. Detección de riesgo de suicidio

El primer paso para la puesta en marcha de la intervención se basa en la identificación de los alumnos en riesgo, la formación de los profesionales y alumnos en las señales de alerta previamente mencionadas es fundamental para la prevención del suicidio. La Organización Mundial de la Salud (2001) indica los siguientes puntos para la detección del riesgo.

Tal y como se indican en las señales de alerta se debe considerar seriamente cualquier cambio repentino y/o dramático que afecta al desempeño del alumno, su asistencia al centro escolar o su comportamiento personal (Cohen-Sandler, Berman y King, 1982). Algunos de estos cambios pueden detectarse en modo de falta de interés en las actividades cotidianas, descenso general en las calificaciones, disminución del esfuerzo, comportamiento inadecuado en la clase, ausencias inexplicadas, repetidas o inasistencia sin permiso, fumar excesivamente, beber o uso inadecuado de drogas (incluyendo cannabis) e incidentes que conducen a violencia estudiantil o intervención de la policía. Estos factores ayudan a identificar los estudiantes en riesgo de desarrollar una ideación suicida (Zenere y Lazarus, 1997).

Cuando un profesor o alumno identifique estos signos en un alumno, deberá informar al equipo educativo del centro. Posteriormente, el equipo educativo iniciará la intervención y evaluación.

Antes de iniciar la evaluación del riesgo de suicidio, el equipo educativo deberá tener en cuenta que estos problemas son siempre multidimensionales, es decir, pueden presentarse múltiples factores. Los factores de riesgo más

significativos son los intentos previos de suicidio y la depresión. Los docentes y profesionales del centro pueden detectar los síntomas aunque el diagnóstico siempre debe de ser realizado por un profesional especializado (Weissman et al., 1999). Estos síntomas pueden tener características comunes en la adolescencia como baja autoestima, pesimismo, problemas de concentración, fatiga, y problemas con el sueño. Estos rasgos se consideran de riesgo cuando se presentan de manera persistente y progresiva. Igualmente, la presencia de pensamientos suicidas en el desarrollo normal del adolescente se diferencia de una situación de riesgo de suicidio por su intensidad, profundidad, duración, el contexto en el que surgen y su persistencia.

Otra actuación importante por parte del equipo educativo es identificar situaciones ambientales y acontecimientos negativos que activen los pensamientos suicidas y aumenten el riesgo de suicidio para poder evitarlos y proporcionar espacios seguros.

9.3. Prevención e intervención de la conducta suicida

En el momento que se detecte una situación de riesgo, la actuación inmediata en el centro educativo se basará sobretodo en la escucha, comunicación y aplicación del plan. Según las indicaciones ofrecidas por la OMS (2001) es crucial establecer una comunicación de confianza. Varios autores indican que siempre se debe preguntar sobre el comportamiento suicida y ayudar a encontrar otras alternativas alejadas de la autodestrucción (Pérez Barrero, 1999).

Tras el primer paso de detección del riesgo y comunicación al equipo educativo, el orientador procederá a la evaluación del riesgo aplicando la Escala Columbia para evaluar la seriedad de la ideación suicida (Columbia-Suicide Severity Rating Scale, C-SSRS) (Posner et al., 2011). En el caso de que el orientador detecte algún indicador de riesgo en el alumno o una ideación suicida activa, se deben poner en contacto con la familia, informar e iniciar el protocolo de derivación.

Una vez establecidos los servicios de ayuda necesarios, el orientador deberá realizar un seguimiento de la evolución basado en la escucha y el apoyo emocional y ajustar la coordinación con los profesionales implicados y la familia para realizar la vigilancia y pautas de actuación necesarias.

Protocolo de derivación (I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja 2019)

La derivación variará en función del riesgo detectado, en casos de riesgo bajo el tratamiento y el seguimiento se realizará por parte del orientador del centro; cuando el riesgo sea medio se solicitará la derivación a la Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil y si el riesgo es elevado se acudiría al Servicio de Urgencias.

Cualquier usuario de la Comunidad Autónoma de La Rioja puede llamar al número 112 ante cualquier problema de salud urgente. Así, según si se percibe una ideación suicida activa podrá recibir una valoración psiquiátrica urgente. El Servicio Riojano de Salud dispone de diversos servicios hospitalarios, cualquier conducta suicida detectada en Rioja Alta o en la comarca de Logroño es atendida en el Hospital San Pedro, mientras que la conducta suicida en Rioja Baja el primer punto de asistencia se lleva a cabo en el Hospital Fundación de Calahorra (HFC) y posteriormente se deriva al Hospital San Pedro para una valoración psiquiátrica. Si el alumno es menor de 14 años la derivación se realizará a pediatría y si es mayor de 14 al médico de Atención Primaria, para así recibir la ayuda necesaria.

Un recurso en la Comunidad Autónoma de La Rioja es el Teléfono de la Esperanza, la cual dispone de un servicio de intervención telefónica 24 horas realizado por orientadores voluntarios especializados para la ayuda en situaciones de crisis y un servicio de intervención profesional (psicólogos, trabajadores sociales y abogados). En el año 2017 se atendieron 351 llamadas por diferentes motivos relacionados con el suicidio. Así, ofrece tres tipos de servicios. Por un lado, la intervención en conducta suicida se efectúa debido al Convenio de colaboración con SOS Rioja para realizar intervenciones en directo y seguimientos en diferido a personas que son atendidas por SOS Rioja con ideación, crisis suicida o suicidios en curso, así como de familiares en caso de suicidios consumados. Además, propone dos grupos de trabajo para jóvenes y adolescentes, el grupo “Ponle ganas a la vida”, para personas entre 18-25 años que hayan tenido ideación/intento suicidio y el grupo “Sé tú mism@” para la promoción del cuidado de la salud emocional en adolescentes entre 14-17 años. Por otro lado, se trabaja en la sensibilización en prevención de conducta suicida mediante propuestas de actividades como conferencias o

campañas divulgativas sobre diversos temas, y mediante la organización y participación de las campañas para el Día Mundial para la prevención del suicidio y para el Día Mundial de las personas afectadas por la pérdida de un ser querido por suicidio. Por último, se realiza la elaboración de programas de formación tanto interna como externa sobre prevención de conducta suicida.

9.4. Actuación tras una tentativa de suicidio

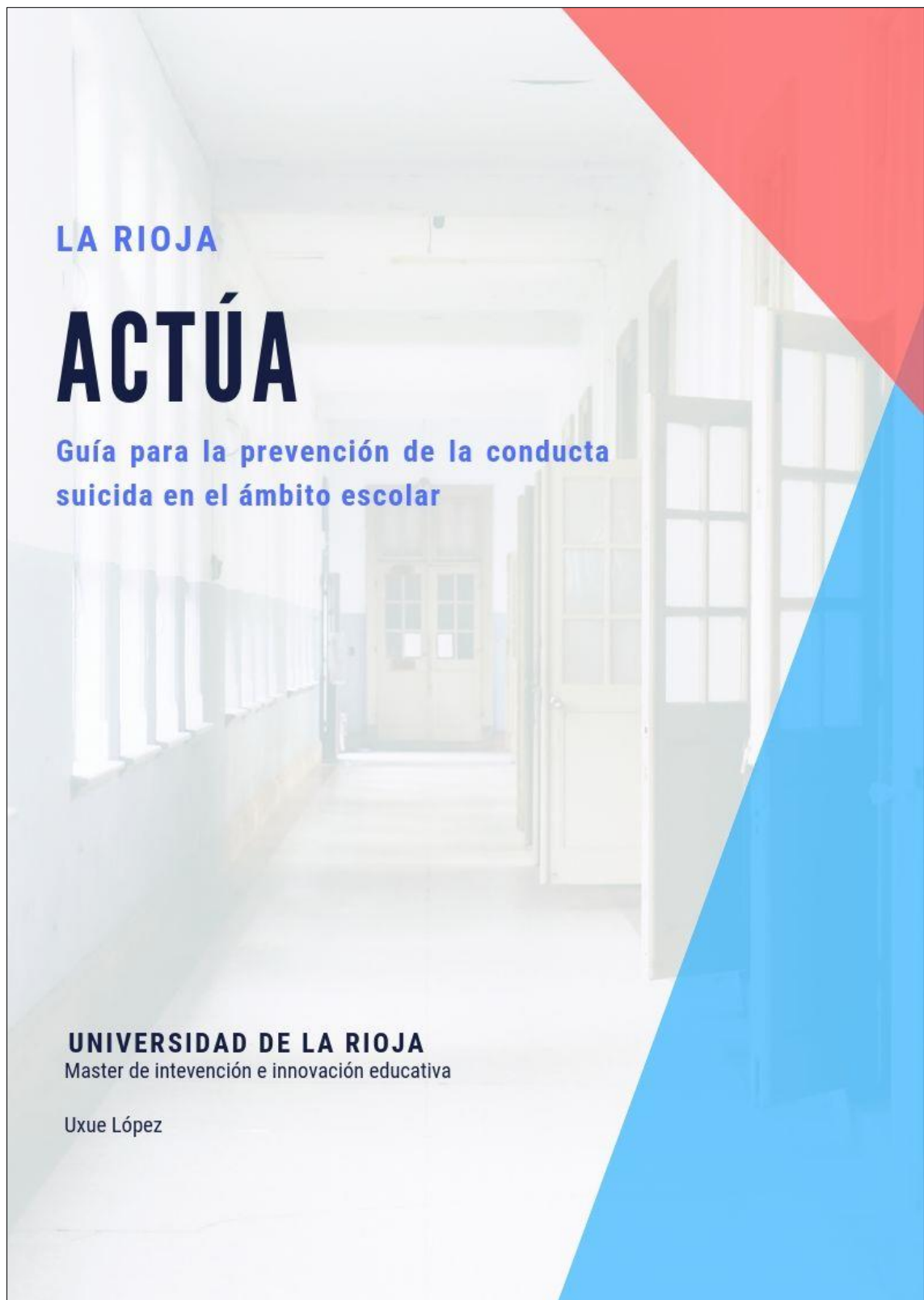
Si se produce una tentativa de suicidio, la primera medida de actuación será llamar a los servicios de emergencia SOS Rioja 112. Debido a un Convenio de SOS RIOJA y el Teléfono de la Esperanza, se realizará la valoración del caso por el Teléfono de la Esperanza, en caso de que se detecte una urgencia se movilizará a SOS Rioja para enviar los recursos necesarios (I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja, 2019).

El centro deberá organizar actuaciones de apoyo docente y coordinar medidas asistenciales y de acompañamiento, el Teléfono de la Esperanza ofrece el servicio de apoyo para la orientación de duelo en el centro escolar.

La Asociación de Investigación, Prevención e Intervención de Suicidio (AIPIS, 2016) hace las siguientes recomendaciones ya que las consecuencias emocionales de un acto suicida y la consternación conllevan una necesidad de hablar de lo sucedido. Se debe comunicar a los alumnos con sinceridad la realidad de lo ocurrido, sin morbosidad ni detalles escabrosos y dedicar un tiempo para la reflexión. Es esencial intentar evitar los sentimientos de culpa y orientar a los alumnos a expresar sus sentimientos, temores, miedos y vivencias durante el proceso de duelo, mediante actividades acordes a su capacidad cognitiva (dibujos, redacciones, coloquios) así como permitir los actos y muestras de respeto espontáneos. En conclusión, se debe ayudar a que elaboren su duelo y alivien su dolor manifestando sus sentimientos y facilitar disponibilidad para que pidan ayuda en caso de que elaboren una ideación suicida.

Asimismo, se debe ofrecer apoyo a la familia y facilitar recursos de ayuda. En Logroño se dispone de la Asociación “Color a la Vida” para familiares que han perdido a un ser querido por suicidio, por lo que se les puede facilitar su contacto.

10. Propuesta de una Guía de prevención de conducta suicida en el ámbito escolar



Esta guía está dirigida a profesionales de la educación (*profesores, orientadores, psicopedagogos*) con los objetivos de:

- ✓✓ Plantear estrategias específicas para detectar cualquier situación de riesgo y su posterior intervención
- ✓✓ Informar de los recursos de ayuda disponibles en La Rioja.



DATOS DE INTERÉS

El suicidio es la **segunda causa principal de muerte** en la adolescencia

➡ Hubo 222.093 suicidios registrados en 2016 por personas entre 15 y 29 años a nivel mundial.

En **La Rioja** una investigación compuesta por una muestra de 1972 estudiantes entre 14 y 19 años mostró lo siguiente:

- Un 3% han realizado al menos un *intento* de suicidio
 - 1,6% hombres
 - 4,7% mujeres

➡ **Entre 1,8% y 3,8% presentan ideación suicida de nivel de gravedad alto**



CONCEPTOS

Para una mejor comprensión de la realidad a la que nos enfrentamos es fundamental conocer ciertos términos

SUICIDIO

Muerte autoinfligida como solución radical al sufrimiento psicológico intolerable

INTENTO DE SUICIDIO

Acto suicida con intencionalidad de matarse pero no termina en la muerte

IDEACIÓN SUICIDA

Pensamientos sobre terminar con la propia vida y sobre la muerte

PLAN SUICIDA

Tener decidido el método, lugar y momento para realizar el suicidio

AUTOLESIÓN

Tipo de conducta suicida en la que se autolesiona o hace daño deliberadamente sin intención de matarse

MITOS

El suicidio está lleno de estigmas, tabú y mitos creados por la sociedad. Es importante conocerlos para evitar barreras y juicios falsos al intervenir, *para ello se presentan la evidencia que lo desmiente y una recomendación.*

"LA PERSONA QUE SE QUIERE SUICIDAR NO LO DICE"

Nueve de cada diez personas que se suicidan manifiestan signos de advertencia verbales y conductuales.

Se debe conocer las señales y detectarlas a tiempo.

"SOLO LAS PERSONAS CON PROBLEMAS GRAVES SE SUICIDAN, LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES NO SE SUICIDAN"

Una cuarta parte de las muertes por suicidio son menores de 25 años.

No juzgar el problema como algo trivial. Es recomendable reforzar la empatía y no infravalorar el sufrimiento.

"EL SUICIDIO NO SE PUEDE PREVENIR"

Antes de intentar suicidarse, se muestran varios síntomas como constricción de sentimientos e intelecto, inhibición de la agresividad y presencia de fantasías suicidas.

Estas conductas se deben conocer para poder detectarlas y evitar el suicidio.

"PREGUNTAR A UNA PERSONA SI ESTÁ PENSANDO EN SUICIDARSE, PUEDE INCITARLE A HACERLO"

Preguntar y hablar permite aliviar la tensión, le indica que nos preocupa y disminuye el peligro de suicidio.

Escuchar activamente, sin juicios y sin minimizar estas ideas. Debe percibir un deseo de ayuda genuino.

"LA PERSONA QUE SE SUICIDA QUIERE MORIR"

La persona se encuentra en una situación ambivalente, tienen el deseo de vivir pero creen que siempre van a seguir sufriendo y ven la muerte como única salida a ese sufrimiento.

Recibir un apoyo emocional, hablar y fomentar la reflexión puede inclinar la balanza hacia la vida.

FACTORES DE RIESGO

La presencia de estos factores aumenta el riesgo de realizar conductas suicidas, cuantos más factores se acumulen mayor será el riesgo.

Es importante detectarlos para poder evaluar la situación de riesgo

Factores individuales

El mayor predictor de riesgo:

INTENTOS PREVIOS DE SUICIDIO

- más intentos
- mayor gravedad
- mayor ocultación



- Sentimientos de **desesperanza**
- Altos niveles de neuroticismo, impulsividad, rigidez cognitiva
- Diagnóstico de **enfermedad física**
aumento del riesgo con
 - cuadro depresivo y/o
 - escaso apoyo social
- Trastorno mental
 - **Depresión**
 - **Ansiedad**
 - **Abuso de alcohol u otras sustancias**
 - Trastorno de alimentación
 - Trastornos psicóticos
- Primeros seis meses tras alta psiquiátrica
- Según el género mayor riesgo:
 - Chicos - **intento** suicida
 - Chicas - **ideación** suicida

Factores familiares

- **Antecedentes** de muerte por suicidio e intentos de suicidio en la familia
- Padres con **trastorno mental** o **abuso de alcohol u otras sustancias**
- **Violencia** familiar física o sexual
- **Separación** de los padres por muerte o divorcio
- **Falta de comunicación y afecto**
- **Rigidez** familiar, altas expectativas

Factores contextuales

- **Problemas socioeconómicos** en la familia
 - Desempleo y/o bajo nivel educativo de los padres
- Haber sufrido **abusos físicos y/o sexuales** en la infancia o actualidad
- Sufrir **discriminación, aislamiento social** y **falta de apoyo** por su orientación sexual, minoría étnica u otras razones

FACTORES DE PROTECCIÓN

La potenciación de los factores de protección ayuda a prevenir el suicidio y disminuyen el riesgo pero no eliminan la posibilidad de suicidio.

Factores individuales

- Actitudes y valores interiorizados de aprecio a la propia vida
- Habilidades sociales e interpersonales
- Capacidad de regulación emocional
- Habilidad de resolución de conflictos o problemas
- Confianza en uno mismo
- Flexibilidad cognitiva
- Manejo de la ira adecuado
- Presencia de esperanza y optimismo
- Autocontrol de la impulsividad
- Alta autoestima y resiliencia

Factores contextuales

- Apoyo familiar y social fuerte y de calidad
- Integración social
- Mantener creencias y prácticas religiosas, espiritualidad y valores positivos
- Adoptar valores culturales y tradicionales
- En caso de sufrir trastornos mentales, enfermedades físicas o con abuso de sustancias realizar un tratamiento integral, permanente y a largo plazo
- Accesibilidad a los dispositivos de salud
- Ambiente estable en el hogar
- Restricciones para adquirir armas o medicaciones potencialmente letales

FACTORES PRECIPITANTES

Son los acontecimientos previos al acto de suicidio.

En la vida pueden darse situaciones estresantes que junto a ciertos factores de riesgo aumentan la probabilidad de que desencadenen una conducta suicida.

Acontecimientos vitales estresantes

- **Eventos inesperados**
 - Diagnóstico de enfermedades
 - Accidentes
 - Deformaciones físicas
 - Retraso del desarrollo
 - Cambios de residencia
 - Disfunción sexual
 - Presencia de psicopatología de los padres
- **Crisis, confrontación o pérdida** de los padres y/o cuidadores
- **Factores psicológicos/personales**
 - La capacidad de métodos de afrontamiento
 - Impulsividad
- **Conflictos con el grupo de iguales:**
 - Peleas, rupturas amorosas, cambio de grupo de amigos
- Dificultades escolares, **estrés académico**



SEÑALES DE ALERTA

Conocer estos signos de advertencia permite detectar una situación de riesgo e intervenir adecuadamente

Señales de alerta VERBALES

Comentarios negativos sobre sí mismo/a o su vida	<i>"ya no sirvo para nada" "mi vida no tiene sentido"</i> <i>"soy una carga, estoy cansado/a" "mi vida es un asco"</i>
Expresiones negativas sobre su futuro	<i>"lo mío no tiene solución"</i> <i>"las cosas no van a cambiar nunca"</i>
Verbalizaciones continuas sobre el suicidio o muerte	<i>"no quiero seguir viviendo" "estaría mejor muerto/a"</i> <i>"me gustaría desaparecer" "ojalá no hubiera nacido"</i>
Despedidas verbales o escritas	<i>"si te vuelvo a ver" "quiero que sepas que en todo este tiempo me has ayudado mucho"</i>

Señales de alerta NO-VERBALES

CAMBIOS REPENTINOS DE LA CONDUCTA

- Aumento de **irascibilidad e irritabilidad**
- No respetar los límites
- **Consumo inusual** de alcohol o drogas
- **Repentino período de calma** tras una gran agitación
- **Cierre de cuentas** en redes sociales
- **Regalar objetos** personales
- **Resolver asuntos** pendientes

CONDUCTAS EN EL AULA

- **Falta de interés** e implicación en actividades escolares
- Actitud **pasiva**, apatía, tristeza
- **Aislamiento** durante los recreos
- Mostrarse retraído y **distante**
- Descenso en las **calificaciones**
- **Disminución del almuerzo**
- **Ausencias** injustificadas
- Comportamiento **inadecuado**

PROTOCOLO DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN

DETECCIÓN DEL RIESGO

Alumnos y profesionales del centro pueden **observar una SEÑAL DE RIESGO**. Deben **informar al equipo de orientación** y se iniciará el programa de prevención e intervención.

El orientador debe establecer contacto de confianza con el alumno y **preguntar**, identificar factores de riesgo de suicidio y situaciones ambientales que aumenten el riesgo para evitarlas en la medida posible.

EVALUACIÓN DEL RIESGO

Tras hablar con el alumno y crear un ambiente de confianza, se debe proceder a realizar **entrevista para evaluación del nivel de riesgo**

Escala Columbia para evaluar la Seriedad de la Ideación Suicida C-SSRS

INICIAR PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

Realizar **seguimiento** mediante la **coordinación** con los profesionales especializados involucrados y la familia

TRAS CONDUCTA SUICIDA

112 SOS RIOJA

Ayudar al alumnado durante el proceso de duelo

Organizar actuaciones de apoyo docente y coordinar medidas asistenciales y de acompañamiento.

Teléfono de la Esperanza: servicios de orientación para el centro

Tras recibir permiso de la familia, comunicar a los alumnos lo ocurrido con sinceridad y evitar rumores falsos.

Actividades para aliviar dolor, evitar culpa, expresar sentimientos.

ALERTA + FACILITAR DISPONIBILIDAD

para pedir ayuda y prevenir ideación suicida

PREVENCIÓN GENERAL

Antes de detectar una situación de riesgo, es importante poner en marcha la promoción de la salud

El centro como entorno seguro

Pautas de actuación establecidas

Formación de las señales de alerta en docentes y alumnos

Cuidado de la salud mental y formación del equipo educativo

Transmitir mensaje positivo y esperanzador ante la vida

Reforzar características de resiliencia, flexibilidad cognitiva

No promover conductas negativas

Facilitar el contacto con los recursos en caso de crisis

RECOMENDACIONES

QUÉ HACER

- Escuchar, mostrar empatía y mantener la calma
- Mostrar apoyo y preocupación
- Tomar en serio la situación y evaluar el grado de riesgo
- Preguntar acerca de intentos previos
- Exponer soluciones y posibilidades diferentes al suicidio
- Identificar apoyos
- Quitar medios lesivos si es posible
- Tomar acción, promover asistencia a servicios de salud
- Si el riesgo es alto, permanecer con la persona

QUÉ NO HACER

- Ignorar la situación
- Mostrarse consternado o avergonzado
- Entrar en pánico
- Decir que todo estará bien
- Retar a la persona a seguir adelante con el plan de suicidio
- Hacer parecer el problema como algo trivial, sin importancia
- Jurar guardar secreto
- Dejar a la persona sola

PROTOCOLO DE DERIVACIÓN

1

**CONDUCTA SUICIDA ACTIVA
INTENTO DE SUICIDIO INMINENTE**

**112 SOS RIOJA
TELÉFONO DE LA ESPERANZA**

2

**IDEACIÓN SUICIDA ELABORADA
CON PLAN SUICIDA**

**SOLICITAR LA DERIVACIÓN A LA
UNIDAD DE SALUD MENTAL
INFANTO-JUVENIL**

3

IDEACIÓN SUICIDA LEVE

**EXPLORACIÓN POR ORIENTADOR
DEL CENTRO EDUCATIVO**

SERVICIOS de Teléfono de la Esperanza

Intervención en situación de crisis (1)
Valoración psiquiátrica (2)

Orientación para equipo educativo en caso
de suicidio consumado

Taller PONLE GANAS A LA VIDA (18-25 años)
personas con ideación/tentativa

Taller SÉ TU MISM@ (14-17 años)
promoción de la salud emocional

Asociación "Color a la vida"
apoyo a la familia en caso de
suicidio consumado

CONCLUSIONES

El presente trabajo tenía como objetivo principal diseñar una guía específica de la conducta suicida para el ámbito educativo en La Rioja.

Mediante una revisión de la literatura sobre la conducta suicida, se ha llevado a cabo una selección de información pertinente y rigurosa para ser ofrecida a los agentes educativos de La Rioja. Entre esta información se ha incluido un instrumento para la valoración del riesgo y el protocolo de derivación propuesto por el I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja.

Asimismo, para presentar datos actuales y contextualizados de la conducta suicida, se ha colaborado en un estudio de prevalencia en La Rioja, que han puesto de manifiesto una alta frecuencia de ideación en la población adolescente riojana, cuestión que fundamenta, aún más si cabe, el desarrollo de una guía.

La propuesta realizada se presenta como un ejercicio teórico con implicaciones prácticas evidentes. Esta propuesta pone de manifiesto la necesidad de un trabajo futuro que acabe con la elaboración de la guía oficial de prevención e intervención del suicidio en el ámbito educativo para la Comunidad Autónoma de La Rioja. Sería recomendable que fuese desarrollado por un grupo de expertos de diversas disciplinas así como por los agentes implicados desde las Consejerías de Salud y Educación, Formación y Empleo del Gobierno de La Rioja.

BIBLIOGRAFIA

- Aberastury, A. y Knobel, M. (2004). La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico. México: Paidós educador.
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., Cervilla, J., Navarrete, M. I., Díaz-Mesa, E. M., Leticia García-Álvarez, L., Muñiz, J., Posner, K., Oquendo, M. A., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista Psiquiatría y Salud Mental*, 9(3), 134-142.
- Amador, G.H. (2015). Suicidio: Consideraciones Históricas. *Revista Médica La Paz*, 21(2), 91-98.
- American Psychiatric Association. (2003). *Practice guideline for the Assessment and Treatment of Patients with Suicidal Behaviors*: American Psychiatric Association.
- Aseltine, R.H. Jr y DeMartino, R. (2004). An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. *American Journal of Public Health*, 94, 446-451.
- Asociación, Investigación, prevención e Intervención Conducta Suicida AIPIS. (2016). Guía para la prevención de la conducta suicida dirigida a docentes. Madrid.
- Ayuso-Mateos, J.L., Baca-García, E., Bobes, J., Giner, J., Giner, L., Pérez, V., Sáiz, P.A., Saiz Ruiz, J. y Grupo RECOMS. (2012). Recomendaciones preventivas y manejo del comportamiento suicida en España. *Revista de Psiquiatría Salud Mental*, 5(1), 8-23.
- Baumeister, R. F. (1990). *Suicide as escape from self*. *Psychological Review*, 97, 90-113.
- Beautrais, A. L., Joyce, P.R. y Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1174-1182.
- Beautrais, A.L., Collings, S.C.D. y Ehrhardt, P. (2005). *Suicide Prevention: A review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Wellington: Ministry of Health.
- Beautrais, A.L., Joyce, P.R. y Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(9), 1174-1182.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper & Row.
- Bobes, J., Giner, J. y Saiz, J. (2011). *Suicidio y Psiquiatría. Recomendaciones preventivas y de manejo del comportamiento suicida*. Madrid: Triacastela
- Bobes, J., González, J., Saiz, P.A. (1997). Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. *Psiquiatría Médica*. Barcelona: Editorial Masson.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Goldstein, C. E., Kolko D.J., Allan, M.J., Allman, C.J. y Zelenak, J.P. (1988). Risk factors for adolescent suicide. A comparison of adolescent suicide victims with suicidal inpatients. *Archives of General Psychiatry*, 45(6), 581-588.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, L. y Schweers, J. (1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(3), 179-187.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Liotus, L., Schweers, J., Balach, L. y Roth, C. (1994). Familial risk factors for adolescent suicide: a case-control study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(1), 52-58.
- Brezo, J., Paris, J. y Turecki, G. (2006). Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(3), 180-206.
- Chiles, J.A., Strosahl, K., Cowden, L. y Graham, R. (1986). The 24 hours before hospitalization: Factors related to suicide attempting. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16, 335- 342.
- Código penal, Ley Orgánica 10/1995. Boletín Oficial del Estado, Nº 281, (24 de noviembre de 1995).
- Cohen-Sandler, R., Berman, A.L. y King, R.A. (1982). Life stress and symptomatology: determinants of suicide behavior in children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 21(2), 178-186.
- Colucci, E. y Martin, G. (2007). Ethnocultural aspects of suicide in young people: a systematic literature review Part 2: Risk factors, precipitating agents, and attitudes toward suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(2), 222-237.
- Conner, K.R. y Duberstein, P.R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(5), 6S-17S.

- De Leo, D., Bertolote, J.M. y Lester, D. (2002). Self-directed violence. En: Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B., Lozano, R. *World Report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 183-212.
- Diekstra, R.F. y Garnefski, N. (1995). On the nature, magnitude, and causality of suicidal behaviors: an international perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(1), 36-57.
- Duberstein, P. R., & Conwell, Y. (1997). Personality disorders and completed suicide: A methodological and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4(4), 359-376.
- Durkheim, E. (1951). *Suicide: A study in sociology*. New York, NY: Free Press.
- Eguiluz, L. (1995). *Estudio exploratorio de la ideación suicida entre los jóvenes*. México: Memorias del XV Coloquio de Investigación, Iztacala, UNAM, 121-130.
- European Commission. (2008). European Pact for Mental Health and Well-being, EU High-Level Conference Together for Mental Health and Well-being. Bruselas (12-13 June 2008).
- Farberow, N.L. y Shneidman, E.S. (1961). *The Cry for Help*. New York: McGraw-Hill.
- Fleischmann, A., Bertolote, J.M. y Belfer, M. (2005). Completed suicide and psychiatric diagnoses in young people: a critical examination of the evidence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 75(4), 676-683.
- Fonseca-Pedrero, E., Inchausti, F., Pérez-Gutiérrez, L., Aritio Solana, R., Ortuño-Sierra, J., Sánchez-García, M.A., Lucas-Molina, B., Domínguez, C., Foncea, D., Espinosa, V., Gorría, A., Urbiola-Merina, E., Fernández, M., Merina Díaz, C., Gutiérrez, C., Aures, M., Campos, M.S., Domínguez-Garrido, E. y Pérez de Albéniz Iturriaga, A. (2018). Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 11(2), 76-85 <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.07.004>
- Global Health Estimates (2016). Disease burden by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization; 2018.
- Gobierno de La Rioja. (2018). I Plan de Prevención del Suicidio en La Rioja.
- Gobierno de Navarra (2014). Protocolo de colaboración interinstitucional Prevención y actuación ante conductas suicidas.
- Goldney, R.D., Winefield, A.H., Tiggermann, M., Winefield, H.R. y Smith, S. (1989). Suicidal ideation in a young adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(5), 481-489.

- Guo, B. y Harstall C. (2002). Efficacy of suicide prevention programs for children and youth. Edmonton (AB): Alberta Heritage Foundation for Medical Research. *Health Technology Assessment*, 26.
- Harris, E.C. y Barraclough, B. (1997). Suicide as an outcome for mental disorders: a metanalysis. *British Journal of Psychiatry*, 170, 205-228.
- Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *Lancet*, 373(9672), 1372-1381.
- Hendin, H., Maltzberger, J., Lipschitz, A., Haas, A.P. y Kyle, J. (2001). Recognizing and responding to a suicide crisis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 115-128. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1468-2850.1997.tb00127.x>
- Horowitz, L.M., Wang, P.S., Koocher, G.P., Burr, B.H., Smith, M.F., Klavon, S., y Cleary, P. D. (2001). Detecting suicide risk in a pediatric emergency department: development of a brief screening tool. *Pediatrics*, 107(5), 1133-1137.
- Instituto Nacional de Estadística. (2018). Defunciones por causas, sexo y edad. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.
- Isometsa, E.T. (2001). Psychological autopsy studies-a review. *European Psychiatry*, 16(7), 379-385.
- Jiménez, T. y González Forteza, C. (2003). Veinticinco años de investigación sobre suicidio en la dirección de investigaciones epidemiológicas y psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. *Salud mental*, 26(6), 35-51.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Juanatey-Dorado, C. (1994). *Derecho, Suicidio y Eutanasia*. Madrid: Ministerio de Justicia.
- Judge, B. y Billick, S.B. (2004). Suicidality in Adolescence: Review and Legal Considerations. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(5), 681-695.
- Kann, L., Kinchen, S.A., Williams, B.L., Ross, J.G., Lowry, R., Grunbaum, J.A. et al. (2000). Youth risk behavior surveillance-United States. State and local YRBSS Coordinators. *Journal of School Health*, 70(7), 271-285.
- Khan, A., Leventhal, R.M., Khan, S. y Brown, W.A. (2002). Suicide risk in patients with anxiety disorders: a meta-analysis of the FDA database. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3), 183-190.

- King, E.A., Baldwin, D.S., Sinclair, J.M., Baker, N.G., Campbell, M.J. y Thompson C. (2001). The Wessex Recent In-Patient Suicide Study, 1. Case-control study of 234 recently discharged psychiatric patient suicides. *British Journal of Psychiatry*, 178, 531-536.
- King, M., Semlyen, J., See Tai, S., Killaspy, H., Osborn, D., Popelyuk, D. y Nazareth, I. (2008). A systematic review of mental disorder, suicide, and deliberate self-harm in lesbian, gay and bisexual people. *BMC Psychiatry*, 8(70), 1-17.
- Klonsky, E. D., May, A. M. y Saffer, B. Y. (2016). Suicide, Suicide Attempts and Suicidal Ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 307-330. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093204>
- Klonsky, E.D. y May A.M. (2015). The Three-Step Theory (3ST): A New Theory of Suicide Rooted in the "Ideation-to-Action" Framework. *International Journal of Cognitive Therapy*, 8(2), 114-129.
- Liu, X. y Tein, J. (2005). Life events, psychopathology and suicidal behavior in Chinese adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 86(2-3), 195-203.
- López, M.B., Hinojal, R. y Bobes, J. (1993). El suicidio: aspectos conceptuales, doctrinales, epidemiológicos y jurídicos. *Revista de derecho penal y criminología*, 3, 309-412.
- Maltsberger, J., Hendin, H., Haas A.P. y Lipschitz A. (2003). Determination of precipitating events in the suicide psychiatric patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 111-119.
- Mann, J.J., Apter, A., Bertolote, J., Currier, D., Haas, A., Hegerl, U., Lonnqvist, J., Malone, K., Marusic, A., Mehlum, L., Patton, G., Phillips, M., Rutz, W., Rihmer, Z., Schmidtke, A., Shaffer, D., Silverman, M., Takahashi, Y., Varnik, A., Wasserman, D., Yip, P. y Hendin, H. (2005). Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, 294, 2064-2074.
- Mann, J.J., Waternaux, C., Haas, G.L. y Malone, K.M. (1999). Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients. *American Journal of Psychiatry*, 156, 181-189.
- Mansilla, F. (2010). *Suicidio y prevención*. Palma de Malloca: Intersalud.
- Martínez, J. (2001). Suicidio, crisis política y medicina mental en la Francia del siglo XIX (1801-1885). *Frenia: Revista de Historia de la Psiquiatría*, 1(2), 39-65.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2007). Estrategia de salud mental del sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

- Minois, G. (1999). *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. Baltimore, Md: Johns Hopkins University Press.
- Miranda, I., Cubillas, M., Román, R y Abril, E. (2009). Ideación suicida en población escolarizada infantil: Factores psicológicos asociados. *Salud Mental*, 32, 495-502.
- Navarro-Gómez, N. (2017). El suicidio en jóvenes en España: cifras y posibles causas. Análisis de los últimos datos disponibles. *Clínica y Salud*, 28, 13-26.
- Neugebauer, R. (1979). Medieval and early modern theories of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 36(4), 477-483
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E., Alonso, J., Angermeyer, M., Beautrais, A., Bruffaerts, R., Chiu, W.T., de Girolamo, G., Gluzman, S., de Graaf, R., Gureje, O., Haro, J.M., Huang, Y., Karam, E., Kessler, R.C., Lepine, J.P., Levinson, D., Medina-Mora, M.E., Ono, Y., Posada-Villa, J. y Williams, D. (2008). Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 98-105. doi:10.1192/bjp.bp.107.040113
- Nock, M.K., Borges, G., Bromet, E.J., Cha, C.B., Kessler, R.C. y Lee, S. (2008). Suicide and Suicidal Behavior. *Epidemiologic Reviews*, 30(1):133-154.
- O'Carroll, P.W., Berman, A.L., Maris, R.W., Moscicki, E.K., Tanney, B.L. y Silverman, M. (1996). Beyond the Tower of Babel: a nomenclature for suicidology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26(3), 237-52.
- O'Connor, R. C. (2011). Towards an integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. En O'Connor, R.C., Platt, S. y Gordon, J. (Eds.): *International handbook of suicide prevention: Research, policy, and practice* (181-198). Malden, MA: John Wiley & Sons.
- O'Connor, R.C. (2007). The Relations between Perfectionism and Suicidality: A Systematic Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(6), 698-714.
- Orbach, I. y Bar-Joseph, H. (1993). The impact of a suicide prevention program for adolescents on suicidal tendencies, hopelessness, ego identity, and coping. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23, 120-129.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. OMS, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Prevención del suicidio: un imperativo global. OMS, Ginebra.

- Pena, J.B. y Caine, E.D. (2006). Screening as an approach for adolescent suicide prevention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(6), 614-637.
- Pérez Barrero, S. (1999). El suicidio, comportamiento y prevención. *Revista cubana de medicina general*, 15(2), 196-217.
- Pérez Barrero, S.A. (1999). *Manual de Suicidología*. La Habana: Hospital de Psiquiatría de la Habana.
- Pérez Barrero, S.A. (2005a). *¿Cómo evitar el suicidio en adolescentes?* Bogotá: Psicom Editores.
- Pérez Barrero, S.A. (2005b). Los mitos sobre el suicidio. La importancia de conocerlos. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(3), 386-394.
- Pérez Barrero, S.A. y Mosquera, D. (2006). *El suicidio: prevención y manejo. Memorias de un curso necesario*. Madrid: Ediciones Pléyades.
- Posner, K., Brown, G.K., Stanley, B., Brent, D.A., Yershova, K.V., Oquendo, M.A., Currier, G.W., Melvin, G.A., Greenhill, L., Shen, S. y Mann, J.J. (2011). The Columbia-Suicide Severity Rating Scale: Initial validity and internal consistency findings from three multisite studies with adolescents and adults. *American Journal of Psychiatry*, 168, 1266-1277.
- Ratcliffe, G. E., Enns, M. W., Belik, S. L. y Sareen, J. (2008). Chronic pain conditions and suicidal ideation and suicidal attempts: An epidemiological perspective. *Clinical Journal of Pain*, 24, 204-210.
- Reynolds, W. M. (1991). Psychometric characteristics of the Adult Suicidal Ideation Questionnaire in college students. *Journal of Personality Assessment*, 56(2), 289-307.
- Rich, C.L., Warstadt, G.M., Nemiroff, R.A., Fowler, R.C. y Young, D. (1991). Suicide, stressors, and the life cycle. *The American Journal of Psychiatry*, 148(4), 524-527.
- Rudd, M. D. (2003). Warning signs for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33, 99-100.
- Rudd, M.D., Berman, A.L., Joiner, T.E., Nock, M.K., Silverman, M.M., Mandrusiak, M., Van Orden, K. y Witte, T. (2006). Warning Signs for Suicide: Theory, Research, and Clinical Applications. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(3), 255-262.
- Sakinofsky, I. (2007). Treating Suicidality in Depressive Illness. Part I: Current Controversies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(6S1), 71S-84S.

- Sánchez-Sosa, J.C., Villarreal-González, M.E., Musitu, G. y Martínez Ferrer, B. (2010). Ideación Suicida en Adolescentes: Un Análisis Psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 279-287.
- Sandín, B. (2003). El estrés: Un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Schotte, D. y Clum, G. (1987). Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54.
- Shaffer, D. (1974). Suicide in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 15(4), 275-291.
- Shaffer, D., Scott, M., Wilcox, H., Maslow, C., Hicks, R., Lucas, C. P., Garfinkel, R. y Greenwald, S. (2004) The Columbia Suicide Screen: validity and reliability of a screen for youth suicide and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 71-79.
- Shafii, M., Steltz-Lenarsky, J., Derrick, A. M., Beckner, C. y Whittinghill, J.R. (1988). Comorbidity of mental disorders in the post-mortem diagnosis of completed suicide in children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 15(3), 227-233.
- Shneidman, E. S. (1985). *Definition of suicide*. New York, NY: Wiley.
- Silverman, M., Berman, A.L., Sanddal, M.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part 1:Background, Rationale, and Methodology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 248-63.
- Silverman, M., Berman, A.L., Sanddal, M.D., O'Carroll, P.W. y Joiner, T.E. (2007). Rebuilding the Tower of Babel: A Revised Nomenclature for the Study of Suicide and Suicidal Behaviors. Part2: Suicide-Related Ideations, Communications and Behaviors. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37(3), 264-77.
- Steele, M.M. y Doey, T. (2007). Suicidal behaviour in children and adolescents Part 1: Etiology and risk factors. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(1), 21S-33S.
- Sullivan, G. R. y Bongar, B. (2009). Assessing suicide risk in the adult patient. In P. M. Kleespies (Ed.), *Behavioral emergencies: An evidence-based resource for evaluating and managing risk of suicide, violence, and victimization*, 59-78. Washington, DC, US: American Psychological Association.
<http://dx.doi.org/10.1037/11865-003>

- Thompson, E. A. y Eggert, L. L. (1999). Using the suicide risk screen to identify suicidal adolescents among potential high school dropouts. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1506-1514.
- Weissman, M.M., Wolk, S., Goldstein, R.B., Moreau, D., Adams, P., Greenwald, S., Klier, C.M., Ryan, N.D., Dahl, R.E. y Wickramaratne, P. (1999). Depressed adolescents grow up. *Journal of the American Medical Association*, 281(18), 1701-1713.
- Williams, J.M. y Pollock, L.R. (2000). *The psychology of suicidal behaviour*. En: Hawton K, van Heeringen K, eds. The international handbook of suicide and attempted suicide. Chichester: Wiley.
- Zenere, F.J. y Lazarus, P.J. (1997). The decline of youth suicidal behaviour in an urban, multicultural public school system following the introduction of a suicide prevention and intervention programme. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 27(4), 387-403.